

# **A participação de pessoas com deficiência na atividade física: Uma perspetiva de seus familiares**

Dissertação apresentada com vista à obtenção do 2º ciclo de Estudos conducente ao grau de Mestre em Atividade Física Adaptada ao abrigo do Decreto-lei nº74/2006 de 24 de março no âmbito do Curso de 2º Ciclo em Atividade Física Adaptada, nos termos do Decreto-Lei nº 74/2006 março.

**Orientadora:** Professora Doutora Ana Isabel Castro Almeida e Sousa

**Coorientadora:** Professora Mestre Mariana de Sena Amaral da Cunha

**Lia Fernandes Couto**

Porto, 2016

### **Ficha de Catalogação**

Couto, L. F. (2016). *A participação de pessoas com deficiência na atividade física: Uma perspectiva de seus familiares*. Porto: Couto, L. F. Dissertação de Mestrado para a obtenção do grau de Mestre em Atividade Física Adaptada, apresentado à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

**Palavras-chave:** ATIVIDADE FÍSICA, PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, PAPEL DA FAMÍLIA, ORGANIZAÇÕES.

## **Agradecimentos**

A realização do presente estudo apenas foi possível com o acompanhamento, presença, apoio e incentivo de inúmeras pessoas e organizações, às quais quero deixar o meu sincero agradecimento, pela concretização deste capítulo na minha vida.

À Professora Doutora Ana Sousa, um agradecimento que vem do fundo do coração, por ter aceite um desafio de uma aluna que nunca passou pelas suas mãos enquanto Professora, mas que aceitou o desafio de orientar, da melhor forma, o presente estudo. Agradecer pela forma como sempre me acompanhou, despendendo do seu tempo, mesmo em alturas mais complicadas e a forma como compreendeu as minhas ideias e aceitou o desafio que propus para o presente estudo. Quero dizer ainda, que tenho a certeza que terá um futuro brilhante, tanto a nível profissional, como pessoal, pela excelente pessoa que demonstra ser e pela forma tão “humana” e tão dedicada com que trata os seus alunos. Foi um prazer ser sua orientanda!

À Professora Mestre Mariana Cunha, que aceitou igualmente o desafio, mesmo que numa fase mais tardia, não temendo coorientar uma estudante que nunca foi sua aluna. As palavras que dirigi à Professora Doutora Ana Sousa, também se dirigem a si e ao seu trabalho. Tenho uma grande admiração pela vossa exigência e pela forma como se dedicam ao trabalho e aos alunos. Dizer ainda que foi uma honra não ter duas, mas sim quatro orientadores! O desejo de um grande futuro para os vossos filhos, com muita saúde e felicidade, que marcaram, de uma forma muito especial, esta caminhada! O meu muito obrigada Professora Mariana!

Ao Departamento de Adaptada, da FADEUP, liderado pelo Professor Doutor Rui Corredeira. Dizer que possui uma bela equipa e foi um prazer pertencer a este Departamento durante o meu Mestrado. Muito obrigada por tudo!

Agradecer às três instituições que me permitiram realizar o presente estudo, e as quais vou guardar na minha memória, por terem tido um papel tão

importante no presente estudo. O Sport Club do Porto, o clube onde trabalho e onde tenho um projeto de vida. Um clube do coração! Ao Pony Club e ao CIAD, pela forma como me permitiram entrevistar nas vossas organizações, toda a disponibilidade e simpatia demonstradas, por todos aqueles que passaram pelo meu caminho. São duas organizações que admiro muito e que prestam um excelente serviço à comunidade. Agradecer em especial à Dr<sup>a</sup>. Fátima, à Dr<sup>a</sup>. Diana, à Raquel, ao Dr<sup>o</sup>. João Belchior e à Dr<sup>a</sup>. Raquel Lacerda.

Aos pais e avós, que generosamente aceitaram o desafio de serem entrevistados e por toda a simpatia demonstrada. Sem estes, nada disto teria sido possível. O meu muito obrigada!

À minha família, que sempre me apoiou ao longo da vida e que permitiu ser a pessoa que hoje sou. Um agradecimento muito especial à minha mãe, por ser o meu ídolo e heroína, ao meu pai, por me ter permitido estudar aquilo que sempre quis e aos meus irmãos, que estão sempre do meu lado e no meu coração.

Ao Coronel Jorge Mota Santos, o meu Orientador. Não há palavras para descrever a importância que teve e tem na minha vida, a forma como a marcou e mudou para sempre. Sem si não teria vindo para este Mestrado e não teria o percurso que estou a realizar no Sport Club do Porto. É um enorme prazer poder tê-lo na minha vida, de uma forma profissional e pessoal. Obrigada por me ter ajudado a ir em frente, na luta pelos meus sonhos, que agora são os nossos sonhos! Obrigada!

Aos meus amigos e colegas que de alguma forma marcaram o meu percurso de faculdade e me permitiram ter uma experiência que nunca esquecerei. À minha Laurita, amiga do coração, psicóloga e companheira de casa, que nunca me deixou mal e está sempre lá para o que der e vier. Ao meu padrinho, o Mário, aka Pi, que desde o primeiro segundo esteve ao meu lado e se tornou, rapidamente, num melhor amigo! Obrigada por tudo aquilo que representas e és na minha vida! Nunca desistas dos teus sonhos! Ao melhor trio, Ana Raquel e Ana Isabel (e eu), que nunca vão sair do meu coração!

Foram muitos momentos especiais partilhados e sei que são amigas para a vida! Aos restantes colegas de Licenciatura e Mestrado que fizeram parte deste percurso, e que de alguma forma marcaram o meu percurso, o meu obrigada!

Aos meus colegas e amigos do Sport Club do Porto, que acreditam e me apoiam a todos os instantes, que me fazem crescer todos os dias, que me aturam, mesmo quando eu não me sei conter. O meu muito obrigada! Um agradecimento muito especial ao Josésito, ao Dr. Manuel Castro e aos meus novos companheiros de projeto! Obrigada por acreditarem em mim e no nosso projeto! Vamos em frente!



## Índice Geral

<b>Índice Geral</b> .....	VI
<b>Índice de Figuras</b> .....	IX
<b>Índice de Quadros</b> .....	XI
<b>Índice de Anexos</b> .....	XII
<b>Resumo</b> .....	XIV
<b>Abstract</b> .....	XVII
<b>Lista de Siglas e Abreviaturas</b> .....	XIX
<b>Capítulo I - Introdução</b> .....	1
<b>Introdução</b> .....	3
1.1 Objetivos do Estudo .....	4
1.2 Estrutura da Dissertação .....	5
<b>Capítulo II - Revisão de Literatura</b> .....	3
<b>Revisão de Literatura</b> .....	9
1. Atividade Física Adaptada .....	9
2. Benefícios da Atividade Física Adaptada .....	28
3. Barreiras à prática de Atividade Física Adaptada .....	33
4. Papel da Família .....	35
<b>Capítulo III - Metodologia</b> .....	11
<b>Metodologia</b> .....	49
1. Grupo de estudo .....	49
2. Procedimentos e instrumentos de recolha .....	57
<b>Capítulo IV - Apresentação e Discussão dos Resultados</b> .....	63
<b>Apresentação e Discussão dos Resultados</b> .....	65
1. Expectativas iniciais sobre a participação de pessoas com deficiência na prática de atividade física .....	65
2. Realidade da participação de pessoas com deficiência na atividade física .....	71
3. Da realidade às expectativas futuras sobre a participação de pessoas com deficiência na prática de atividade física .....	92
<b>Capítulo V - Conclusões e sugestões</b> .....	97

<b>Conclusões e sugestões .....</b>	<b>99</b>
1. Conclusões .....	99
2. Sugestões .....	101
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>103</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>i</b>



## **Índice de Figuras**

Figura 1 – Organograma da FPDD (2013). .....	25
Figura 2 – A evolução do processo de tematização indutiva dos dados .....	62



## Índice de Quadros

Quadro 1 – Marcos importantes na história da AFA, retirado de Winnick (1990). .....	11
Quadro 2– Competições do Desporto Escolar, retiradas do mapa anual de atividades 2015/2016 (Desporto Escolar, 2016).....	16
Quadro 3 – Jogos Paralímpicos de Verão, retirado e adaptado de Depauw e Gavron (2005) e Comité Internacional Paralímpico (2016). ....	23
Quadro 4 – Barreiras à AF, adaptado de Shields, Synnot e Barr (2012).....	34
Quadro 5 – Número de participantes por organização.....	50
Quadro 6 – Caracterização do grupo de estudo (E1 a E6).....	51
Quadro 7– Caracterização do grupo de estudo (E7 a E15).....	52
Quadro 8 – Caracterização do grupo de estudo (E16 a E23).....	53
Quadro 9 – Caracterização do grupo de estudo (E24 a E30).....	54
Quadro 10 – AF praticada pelos filhos e netos.....	55



## **Índice de Anexos**

Anexo I – Autorização para realização das entrevistas.....	iii
Anexo II – Guião de entrevista inicial .....	v
Anexo III – Guião de entrevista final .....	vii
Anexo IV – Termo de Consentimento .....	ix



## Resumo

A importância da atividade física (AF) na vida de pessoas com deficiência é, hoje em dia, muito reconhecida, nomeadamente pelos vários benefícios que proporciona (Martin, 2013). Porém, apesar do seu valor, os níveis de participação na prática de AF, em pessoas com deficiência, são baixos. São, por isso, poucas as pessoas com deficiência que têm acesso a uma AF específica e adaptada às suas reais necessidades. Face à necessidade de melhorar este aspeto, importa conhecer a perspetiva dos familiares sobre esta temática, uma vez que estes possuem um papel fundamental na vida das pessoas com deficiência, quer ao nível das tomadas de decisão, quer no modo como influenciam a sua participação na AF. O grupo de estudo foi constituído por 30 pais e avós de pessoas com deficiência. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, posteriormente transcritas, através de uma transcrição híbrida, entre *indexical* e *unfocused* (Gibson e Brown, 2009). Emergiram três temas de uma abordagem indutiva (Bryman, 2008): expectativas iniciais sobre a participação de pessoas com deficiência na prática de AF; realidade sobre a participação de pessoas com deficiência na prática de AF; e da realidade às expectativas futuras sobre a participação de pessoas com deficiência na prática de AF. Conclui-se que os pais e avós conhecem vários benefícios decorrentes da prática de AF, nomeadamente ao nível social, psicológico e fisiológico. Esse conhecimento influencia, positivamente, pais e avós a colocar os seus filhos e netos nessa mesma prática. Os pais e avós identificaram igualmente as barreiras que impedem a participação dos filhos e netos em determinadas atividades, nomeadamente ao nível de barreiras pessoais, sociais, ambientais e organizacionais. Estas barreiras são muitas vezes impeditivas da prática de AF ou de maior frequência dessa prática. Por fim, pais e avós consideram fundamental que as organizações da área sejam detentores de profissionais especializados, um custo acessível, um ambiente inclusivo, devendo existir uma oferta capaz de cobrir as várias zonas geográficas.

**PALAVRAS-CHAVE:** ATIVIDADE FÍSICA; PESSOAS COM DEFICIÊNCIA; PAPEL DA FAMÍLIA, ORGANIZAÇÕES.





## **Abstract**

Nowadays, the importance of physical activity in the life of people with disability is recognized by the many benefits that it conveys (Martin, 2013). Even though this recognition exists, the level of participation of people with disability in physical activity is low. There are only a few with access to a program of physical activity, specified and adapted to their necessities. Given the need to change, it is important to know the perspective of the family in this matter, as they have a major role either in the process of decision or in influencing the participation of people with disability in physical activity. The study group was 30 parents and grandparents of people with disability. Semi structured interviews were conducted and later transcribed through a hybrid form, between indexical and unfocused approaches (Gibson & Brown, 2009). Three themes emerged from an inductive thematic analysis (Bryman, 2008): Initial expectations on the participation of people with disability in physical activity; the reality of the participation of people with disability in physical activity; and from reality to the future expectations of the participation of people with disability on physical activity. It was concluded that: parents and grandparents know many benefits of physical activity, in social, psychological and physiological levels; knowledge influences positively the parents and grandmothers, including their children and grandchildren, with respect to their participation in physical activity; parents and grandmothers also identified the barriers that hinder the participation of their children and grandchildren, namely personal, social, environmental and organizational obstacles. These barriers are many times preventive of their participation in physical activity or in more regular basis. As such, parents and grandmothers consider that sports organizations and clubs of the area should have specialized professionals, a price that is affordable, inclusive environment and the existence of a sufficient number of organizations in many different geographical areas, as encouraging factors to practice a physical activity.

**KEY-WORDS:** PHYSICAL ACTIVITY; PEOPLE WITH DISABILITY; THE ROLE OF FAMILY; ORGANIZATIONS.



## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

**AFA** - Atividade Física Adaptada

**AF** - Atividade Física

**WHO** - *World Health Organization*

**IFAPA** - *International Federation of Adapted Physical Activity*

**EUFAFA** - *European Federation of Adapted Physical Activity*

**FPDD** - Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência

**EF** - Educação Física

**DE** - Desporto Escolar

**EE** - Educação Especial

**NEE** - Necessidades Educativas Especiais

**CAE** - Centros de Área Educativos

**CPP** - Comité Paralímpico de Portugal

**DI** - Deficiência Intelectual

**E**- Entrevista

**IPSS** - Instituição Particular de Solidariedade Social

**TOC** - Transtorno Obsessivo-Compulsivo

**CIAD** - Centro Integrado de Apoio à Deficiência

**Pony Club** - Pony Club do Porto

**SCPorto** - Sport Club do Porto



## **Capítulo I - Introdução**



### Introdução

A Atividade Física Adaptada (AFA) reforça e congrega todas as formas da participação desportiva de qualquer pessoa com limitações, nomeadamente de movimento, independentemente do objetivo dessa atividade, quer seja educativo, competitivo, terapêutico ou recreativo (Marques, Castro e Silva, 2001).

Atualmente, é reconhecida a elevada importância que a AF tem na vida das pessoas com deficiência, nomeadamente através dos inúmeros benefícios que esta proporciona (Martin, 2013). Com efeito, o valor reconhecido à AF é percecionado pelos vários benefícios que desta advêm, sendo que estes se podem reconhecer a nível social, psicológico e fisiológico. Porém, apesar da existência de vários benefícios, segundo a *World Health Organization* (WHO, 2003), a inatividade física em pessoas com deficiência é muito elevada.

Nesse sentido e face aos factos enunciados, importa conhecer quais as razões que levam as pessoas com deficiência a não participar na prática de AF, assunto já estudado por alguns autores (Martin, 2013; Shields et al., 2012). Segundo estes autores, existem barreiras a nível pessoal, social, ambiental e organizacional que impedem ou dificultam esta participação. Neste contexto, o papel da família poderá constituir, em si, uma barreira ou facilitador neste processo, nomeadamente ao nível das suas ações, comportamentos ou preocupações (Shields et al., 2012). De facto, verificamos que a participação de pessoas com deficiência na AF, está muitas vezes dependente do papel desempenhado pela família nessa participação.

Relativamente a este último aspeto, é importante salientar que, no caso das pessoas com deficiência, muitas das vezes por falta de autonomia motora ou falta de independência, fatores inerentes às características específicas de cada tipo de deficiência, têm de ser os familiares a assegurar a sua participação em atividades de carácter social, enquadrando-se aqui a prática de AF. De facto, vários estudos mostram a importância do papel dos pais e dos familiares na participação na AF dos seus filhos (Martin, 2009; Jeong, Kim e

Lee, 2015; Pitchford et al., 2016). No entanto, estes estudos focam-se, unicamente, na influência parental durante a infância.

Nesta medida, é fundamental compreender a perspetiva que os familiares de pessoas com deficiência, nomeadamente pais e avós, possuem relativamente à participação dos seus filhos e netos na prática de AF.

Depois de identificada esta problemática, realizamos uma pesquisa exaustiva na literatura internacional e nacional da área, não nos tendo sido possível encontrar nenhum estudo que respondesse, integralmente, a estas questões.

Neste contexto, a presente investigação revela-se inovadora, uma vez que pretende focar a perspetiva dos familiares de pessoas com deficiência, congregando diferentes faixas etárias: crianças, jovens e adultos. Adicionalmente, a nível nacional e, mais especificamente na cidade do Porto, não existem estudos realizados neste tema, o que contribuiu igualmente para justificar a pertinência do presente estudo.

Por fim, importa ressaltar que o ponto de partida para este surgiu da necessidade pessoal identificada por uma das autoras deste trabalho, enquanto responsável pela criação do Centro de Desporto Adaptado do Sport Club do Porto, clube desportivo da cidade do Porto, um clube que até então apenas se dedicava à prática de modalidades regulares. Através do trabalho realizado foi possível perceber a escassez de serviços disponíveis nesta área e a falta de estruturação deste tipo de prática desportiva, um contexto que carece de transformação em Portugal.

### **1.1 Objetivos do Estudo**

O objetivo geral da presente dissertação foi compreender a perspetiva que os familiares de pessoas com deficiência, nomeadamente pais e avós, possuem relativamente à participação dos seus filhos e netos na prática de AF.

Como objetivos específicos pretende-se:

- Entender a perspetiva dos pais e avós acerca da importância da prática de AF dos seus filhos e netos com deficiência;



- Compreender a perspectiva de pais e avós acerca dos aspetos que dificultam a participação dos seus filhos e netos na prática de AF;
- Perceber o que os pais e avós de pessoas com deficiência consideram importante numa organização que promova a prática de AF;
- Apresentar sugestões de melhoria dos serviços prestados na área da AFA, partindo das perspectivas de pais e avós de pessoas com deficiência.

### 1.2 Estrutura da Dissertação

Após identificação dos objetivos do presente estudo, importa compreender como este se encontra estruturado. Assim, no capítulo II apresentámos a revisão de literatura, essencial para contextualizar o presente estudo. Inicialmente foi realizada a definição de AFA, seguido do seu enquadramento histórico e evolução até à atualidade.

Após o aprofundamento da temática da AFA, seguiu-se o estudo dos benefícios da mesma, onde foram elencados os benefícios decorrentes da prática de AF em pessoas com deficiência. De seguida foram descritas as barreiras encontradas à sua prática. Para finalizar a revisão de literatura, focou-se o tema da família, nomeadamente a importância dos pais na vida das pessoas com deficiência e, por fim, a importância que têm na prática de AF por parte dos seus filhos.

No capítulo III, capítulo onde é descrita a metodologia, o método utilizado foi qualitativo, sendo que no presente estudo se optou pela realização de entrevistas. Procedeu-se ainda à descrição e caracterização do grupo de estudo, seguido dos procedimentos utilizados na análise das entrevistas. Esta análise é realizada no capítulo IV, onde são apresentados e discutidos os resultados.

Para terminar, apresentam-se as conclusões do estudo, com a intenção de responder aos objetivos inicialmente propostos. Queremos que as conclusões possam ajudar as organizações da área e respetivos profissionais a evoluir e apresentar um melhor serviço, capaz de ir ao encontro daquilo que os participantes procuram. Posteriormente, apresentamos ainda algumas

limitações do estudo, apontando possíveis sugestões para a realização de estudos futuros.

## **Capítulo II - Revisão de Literatura**



### Revisão de Literatura

#### 1. Atividade Física Adaptada

A AFA é um termo que foi introduzido em 1973 pelos fundadores da Federação Internacional da AFA, realçando vários significados, dependendo do seu contexto e das variáveis que a afetem. Entre essas variáveis encontram-se a história, o país, a língua nativa, a cultura, a educação e as interações sociais (Hutzler e Sherrill, 2007).

A AFA, segundo Sherrill (2004), pode ser definida como: um serviço prestado, uma forma pedagógica de interação, uma metodologia de treino ou um treino conduzido por profissionais qualificados para conseguir o objetivo principal da AF, permitindo chegar a todos os indivíduos, de todas as idades, com limitações ao nível do movimento, ou a nível social.

Numa definição mais recente, da Federação Internacional de AFA (2014), a AFA pode ser considerada um conceito transdisciplinar, de conhecimento prático e teórico, direcionado para deficiências, limitações na atividade e restrições de participação na AF. É ainda uma profissão que visa a prestação de serviços e um campo de estudo académico que apoia uma atitude de aceitação das diferenças individuais, exige o acesso a um estilo de vida ativo e que inclui o desporto, promovendo serviços inovadores e cooperativos, apoios e poder. A AFA inclui, mas não só, educação física, desporto, recreação, dança, artes recreativas, nutrição, medicina e reabilitação (IFAPA, 2014). Uma definição idêntica é apresentada pela Federação Europeia de AFA. Por seu turno, Winnick (2011) descreve a AFA como uma área emergente de conhecimento que compreende o estudo interdisciplinar da AF pela educação, pelo bem-estar, pela participação desportiva e pelo lazer de indivíduos com características únicas.

Existem marcos importantes na evolução da história da AFA, que consideramos relevante referir no presente estudo, para conhecimento da evolução que existiu. A AFA foi inicialmente reconhecida pela prática de

peessoas com surdez. A este respeito, Winnick (1990) refere os seguintes marcos da história da AFA (Quadro 1):

Quadro 1 – Marcos importantes na história da AFA, retirado de Winnick (1990).

Ano	Marco importante na história do Desporto Adaptado
1870's	Escolas para pessoas surdas são envolvidas em competições desportivas organizadas.
1907	Foi realizada uma competição de Atletismo através do meio telegráfico entre as escolas de <i>Overbrook</i> e <i>Baltimore</i> - foi uma das primeiras competições gravadas nos Estados Unidos com pessoas cegas.
1924	Os primeiros Jogos Surdolímpicos foram realizados no <i>Stade Pershing</i> , em Paris, França.
1945	Foi formada a <i>American Athletic Association for the Deaf (AAAD)</i>
1949	Foi formada a <i>National Wheelchair Basketball Association (NWBA)</i>
1952	Os primeiros jogos internacionais em cadeiras de rodas são realizados em <i>Stoke Mandeville</i> , Inglaterra.
1956	Foi formada a <i>National Wheelchair Athletic Association</i>
1960	Os Jogos Internacionais de <i>Stoke Mandeville</i> , chamados Jogos Paralímpicos, são realizados em conjunto com os Jogos Olímpico de Roma.
1967	Foi formada a <i>National Handicapped Sports and Recreation Association (NHSRA)</i>
1968	A <i>Special Olympics</i> é criada e os seus primeiros jogos internacionais foram em <i>Soldier Field</i> , Chicago.
1975	Foi criada uma lei americana requerendo igualdade nas oportunidades de participação desportiva de crianças com deficiência
1977	Leis americanas foram criadas requerendo que crianças com deficiência usufríssem do benefício de todos os programas educacionais e de todas as atividades educativas.
1978	Uma lei americana relativa aos desportos amadores, levou ao estabelecimento do <i>Committee on Sports for the Disabled (COSD)</i> dentro do <i>U.S. Olympic Committee (USOC)</i> .
1978	Foi formado a <i>National Association of Sports for Cerebral Palsy (NASCP)</i> .
1981	Foi formada a <i>The United States Amputee Athletic Association (USAAA)</i> .
1985	Foi formada a <i>The United States Les Autres Sports Association (USLASA)</i> .

Como se verifica no Quadro 1, ao longo do século XX, as oportunidades de prática desportiva para pessoas com deficiência aumentaram exponencialmente e foram evoluindo os seus objetivos.

As pessoas com deficiência percorreram um longo percurso relativamente aos seus objetivos na AFA, começando com preocupações meramente de sobrevivência, até objetivos que passam pela conquista da glória nos Jogos Paralímpicos (Wheeler et al., 2003). O mesmo autor refere que até tempos relativamente recentes, as pessoas com deficiência sofriam abandono, perseguições, segregação e marginalização, vivendo uma liberdade restrita sob filosofias institucionais dominadas por modelos médicos e religiosos de cuidado e caridade. Foi apenas durante a última metade do século XX e nos primeiros anos do século XXI, que as oportunidades e os direitos das pessoas com deficiência se tornaram uma prioridade na agenda pública, nomeadamente através dos direitos humanos, o que trouxe uma mudança nas políticas humanas e levou à normalização, integração e inclusão das pessoas com deficiência, incluindo a sua participação na AF.

Mais recentemente, os objetivos da AFA passam por integrar e aplicar fundamentos teórico-práticos das diferentes disciplinas da motricidade humana, das diversas áreas vizinhas da saúde, da educação e reabilitação, destinados a indivíduos de todas as faixas etárias, que não se ajustem total ou parcialmente às exigências das instituições sociais, como é o caso da família, da escola, do trabalho e da comunidade em geral (Mauerberg-deCastro, 2005).

Segundo Marques, Castro e Silva (2001), a AFA sublinha e congrega todas as formas de participação desportiva de qualquer indivíduo, mesmo com fortes limitações da capacidade de movimento e seja qual for o objetivo dessa atividade: educativo, recreativo, competitivo ou terapêutico. Esta divisão em quatro dimensões da AFA foi apresentada pelo Comité para o Desenvolvimento do Desporto (1981) e ainda pela Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência (FPDD, 1995). Marques, Castro e Silva (2001) concluem que as dimensões educativa, de competição e terapêutica prevalecem sobre a dimensão recreativa, no entanto a pertinência deste estudo



implica entender e evidenciar de igual forma a importância da AF no contexto recreativo.

### 1.1 Dimensão educativa

A dimensão educativa passa muito pelo trabalho que é realizado nas escolas, através das aulas de Educação Física (EF), do Desporto Escolar (DE) e das atividades integradas no núcleo de Educação Especial (EE). Até ao presente existiu uma enorme evolução na forma como os alunos com necessidades educativas especiais (NEE) foram incluídos nos vários processos de aprendizagem, incluindo nas aulas de EF.

A EE acompanhou de perto a evolução do conceito de deficiência. Começou com características essencialmente assistenciais, desenvolveu-se ao longo dos tempos e hoje procura manter o indivíduo em processos educativos regularizados, através da sua inclusão (Marques, Castro e Silva, 2001). Correia (2003), aborda exatamente essa questão, destacando a importância do Decreto-Lei nº 319/91, de 23 de Agosto, que veio tornar o sistema de educação especial mais organizado para os alunos com NEE. Algumas das consequências da criação desse Decreto-Lei foram (Correia, 2003):

- Introdução do conceito de NEE, baseado em critérios pedagógicos, propondo a descategorização;
- Privilegiar ao máximo a integração dos alunos com NEE na Escola regular;
- Responsabilizar as Escolas pela procura de respostas educativas eficazes para todos os alunos;
- Reforçar o papel dos pais na educação dos filhos, determinando direitos e deveres que lhes são conferidos para esse fim;
- Direito à educação gratuita, igual e de qualidade, para os alunos com NEE, através da individualização das intervenções educativas segundo planos educativos individualizados e programas educativos com a finalidade de responder às necessidades educativas desses alunos;

- Introdução do conceito de meio ambiente menos restritivo possível, que pretende que a criança com NEE seja educada com a criança sem NEE e apenas seja afastada do ambiente educacional regular quando a natureza ou gravidade da problemática assim o ditam.

A EE, numa perspectiva mais antiga, foi definida pela UNESCO (1977) como sendo aquela dos que se desviam física ou mentalmente, emocional ou socialmente dos grupos relativamente homogêneos do sistema regular de educação, de modo que é necessário tomar providências especiais para corresponder às suas necessidades. Segundo Jiménez et al. (1993), considera-se que um aluno necessita da educação especial se tiver alguma dificuldade de aprendizagem que requeira uma medida educativa especial. Numa perspectiva mais recente, Correia (2003) refere que os serviços de EE são serviços de apoio especializados tendo em vista responder às necessidades especiais do aluno com base nas suas características e com o fim de maximizar o seu potencial.

Neste contexto, Marques, Castro e Silva (2001) referem que o objetivo fundamental da EE é permitir ao indivíduo com necessidades especiais um desenvolvimento máximo das suas aptidões intelectuais, escolares e sociais, originando, desse modo, a inclusão de todos os cidadãos na vida em comunidade.

Segundo Kudlacek, Jesina, Sterbova e Sherril (2008), a inclusão é descrita como promotora do apoio necessário, assegurando aos estudantes com deficiência, que se mantêm com sucesso, a inclusão na classe de aula regular.

Dentro do contexto da EE, existem também as aulas de EF, que são as aulas que permitem a prática de AF por parte dos alunos. As aulas de EF não são exceção ao facto de que, apesar das suas deficiências, os estudantes devem ter a oportunidade de participar com os seus pares nas aulas, promovendo a interação entre todos os alunos, com e sem deficiência.

A EF é muitas vezes um lugar onde as diferenças entre os alunos sem deficiência e os alunos com deficiência são acentuadas pelas diferenças na prestação motora e funcional. Deve existir um certo equilíbrio criado pelos

próprios professores, que procure estabelecer um ambiente inclusivo e de participação para todos os alunos.

Neste contexto, a EF deve ter um papel primordial na inclusão, uma vez que poderá constituir um meio de garantir oportunidades de realizar e aprender novos movimentos de lazer, de recreação, aprender novas brincadeiras, novos jogos e ainda proporcionar oportunidades de competição e inclusão com os seus pares, promovendo assim, a independência e socialização (Rodrigues, 2006).

Face ao seu carácter obrigatório nos percursos escolares das crianças e dos jovens, a EF é, muitas vezes, o único momento de AF em que participam na sua vida diária. Para além das aulas de EF, o Desporto Escolar é também uma forma importante de proporcionar a prática de AF a crianças e jovens durante o seu período escolar.

Segundo o Decreto-Lei n.º 95/91 de 26 de fevereiro (Ministério da Educação, 1991), o DE é o conjunto das práticas lúdico-desportivas e de formação com objeto desportivo, desenvolvidas como complemento curricular e ocupação dos tempos livres, num regime de liberdade de participação e de escolha, integradas no plano de atividades da escola e coordenadas no âmbito do sistema educativo. É, portanto, outra forma de crianças e jovens poderem usufruir da prática de AF no contexto educativo.

Algumas atividades adaptadas que encontramos na realidade do DE nacional, encontram-se no mapa anual de atividades 2015-2016, mapa que representa o último ano letivo e onde são indicadas as várias competições durante o ano letivo e que pode ser consultado no Quadro 2.

Para além destas competições regionais existem, as competições a nível local, através dos Centros de Área Educativos (CAE), que não são referidas nestes mapas, mas que têm uma grande expressão, principalmente ao nível do Boccia. Depois existem, acima das competições regionais, as competições nacionais, sendo que, a nível de desporto adaptado, no ano de 2016, apenas existiu a competição de Boccia, realizado na Gafanha da Nazaré (Desporto Escolar, 2016).

Quadro 2– Competições do Desporto Escolar, retiradas do mapa anual de atividades 2015/2016 (Desporto Escolar, 2016).

Cidade	Evento	Local
Braga	Boccia	Circuito local
Braga	Desportos adaptados	Circuito local
Braga	XII Torneio Pista Coberta Adaptado	Parque Exposições e Desportos-Braga
Vale de Cambra	F.A. Boccia	EB Búzio
Vale de Cambra	QC Boccia	Atividades regulares
Porto	Boccia	Vários locais
Porto	Desporto adaptado	1º encontro - Atletismo
Porto	Desporto adaptado	2º encontro - circuito escola
Porto	Desporto adaptado	4º encontro - Surf
Vila Real	Q. C. Boccia	Vários
Vila Real	Q. C. Natação - NEE	Vários
Tâmega	Boccia Vários Misto	-
Tâmega	Desporto Adaptado	-
Tâmega	Goalball	Circuito Regional
Bragança	QC Boccia	Vários
Viseu	Boccia	Pav. Mun. Tondela
Lisboa	Boccia	Pav. Multiusos Odivelas
Algarve	Dia Paralímpico Nacional	Lisboa
Algarve	Natação NEE	Loulé

### 1.2 Dimensão terapêutica

Uma dimensão muito importante da AFA é a terapêutica. É um aspeto da AF que acaba por atrair muitas pessoas, nomeadamente as com deficiência, para a prática regular de AF, uma vez que tem um forte impacto na saúde dos seus praticantes.

Pessoas com deficiência revelam estados de saúde substancialmente piores, comparado com a população em geral (Krahn et al., 2006; Drum et al., 2005). Drum et al. (2005) demonstra a disparidade entre esses mesmos estados de saúde de pessoas sem deficiência relativamente a pessoas com deficiência, onde o estado de saúde da população em geral é melhor do que aquele que é verificado nas pessoas com deficiência, sendo que os autores apontam fatores como a genética, as circunstâncias sociais e do meio envolvente, a promoção de saúde e acesso a cuidados médicos, como razões para essa disparidade no estado de saúde entre ambos os grupos. Esta ideia é reforçada num estudo mais recente, onde a amostra era constituída por indivíduos com deficiência intelectual (DI), deficiência motora ou ambas, e que indica que indivíduos com deficiência tendem a possuir mais problemas físicos e cognitivos, maiores limitações funcionais, mais condições de saúde crónicas, menos acesso a atividades na comunidade e piores comportamentos de saúde (Jones et al., 2008). Estes estudos vêm reforçar o papel fundamental da AF na saúde das pessoas com deficiência, tendo naturalmente cada área de deficiência as suas particularidades e as suas patologias associadas. Porém, de uma forma geral, as pessoas com deficiência recorrem a vários profissionais de saúde para realizar reabilitação.

A reabilitação é uma área que se preocupa com cuidados de saúde e que proporciona o tratamento da pessoa, tendo em vista desenvolver, manter ou recuperar o máximo de movimento e funcionalidade ao longo da vida. Isto inclui exercer tratamento em circunstâncias onde o movimento e a funcionalidade do indivíduo é afetada pela idade, por lesão, por doença ou fatores ambientais (Verellen e Molik, 2011). Os objetivos da reabilitação passam pela identificação e optimização da qualidade de vida e capacidade de

movimento dentro das áreas da promoção, prevenção, tratamento/intervenção, habilitação e reabilitação. Tudo isto implica um bem-estar físico, psicológico, emocional e social. Neste sentido, a reabilitação requer uma multidisciplinaridade na sua abordagem (Verellen e Molik, 2011). Dependendo do grupo de foco, neste caso específico as pessoas com deficiência, as áreas que contribuem para um programa de reabilitação passam, entre outras, pela medicina e enfermagem, terapia ocupacional e fisioterapia (Noreau e Shephard, 1995; Yohannes, Doherty, Bundy and Yalfani, 2010).

Na última década, a AFA tem sido reconhecida como uma valiosa adição às disciplinas atrás referidas como parte integrante de um programa de reabilitação, exemplo disso são os estudos de Molt et al. (2010), onde participou uma amostra de pessoas com esclerose múltipla e onde a AF provou ser benéfica no caminhar destas pessoas e noutro estudo de Valent et al. (2010), com a participação de pessoas com lesões medulares, onde a prática de *handcycling* provou ser benéfica nas capacidades requeridas para andar em cadeira de rodas e ainda no aumento do desenvolvimento muscular.

Estudos científicos anteriores já sugeriram que programas exclusivos de fisioterapia, frequentemente, não dão a atenção necessária à condição geral de aptidão física do paciente, à sua funcionalidade e potencial máximo, com o objetivo de ajudar a alcançar a melhor funcionalidade possível para as tarefas a desempenhar no dia a dia. Nesse sentido, a existência de um programa de AFA que complemente o programa de fisioterapia permitiria alcançar isso mesmo (Verellen e Molik, 2011). Com efeito, o programa de AFA pode ser implementado durante e após o programa de fisioterapia para, não só melhorar a qualidade e aumentar a probabilidade de sucesso do programa, mas também prevenir retrocessos no estado clínico do paciente (Hayden, Van Tulder e Tomlinson, 2005).

O leque de atividades que podem ser realizadas neste contexto terapêutico é variadíssimo, mas as atividades que são mais frequentes, e por isso importa aprofundar um pouco cada uma e as suas características essenciais, são: a Hidroterapia, Hipoterapia e a Equitação Terapêutica. Estas

atividades têm diversas particularidades que atraem várias pessoas à sua prática.

A Hidroterapia corresponde ao uso das propriedades da água para fins terapêuticos em benefício de pessoas de todas as idades e com diferentes níveis de habilidades (Skinner e Thomson, 2008). A Hidroterapia tornou-se uma componente muito popular da reabilitação, sendo atualmente utilizada extensivamente no desporto, nomeadamente numa introdução à Natação e reabilitação ortopédica, tal como em muitas doenças neurológicas. O estabelecimento de um programa aquático pode ser uma adição muito benéfica a nível terapêutico para o cuidado clínico de um paciente. A imersão na água provoca profundos efeitos biológicos, que se estendem em todos os sistemas homeostáticos. Estes efeitos são tanto imediatos como a longo prazo e permitem que a água seja usada como uma terapia eficaz na resolução de vários problemas reabilitacionais. A Hidroterapia é benéfica no tratamento de problemas músculo-esqueléticos, neurológicos, cardiorrespiratórios, entre outros. Esta foi a origem de programas aquáticos adaptados e programas de formação para profissionais que ensinam técnicas de nado a pessoas com deficiência. Os objetivos eram recreacionais e educacionais, com o foco de ajudar os nadadores a alcançar independência na água. Foi rapidamente visível que os resultados terapêuticos alcançados na água se notavam igualmente em terra (Cole e Becker, 2004).

A Hipoterapia e Equitação Terapêutica, apesar de serem muitas vezes confundidas e consideradas como equivalentes, cada uma destas atividades possui objetivos diferentes e por isso serão descritas de forma separada.

Na Hipoterapia o movimento do cavalo é a componente básica utilizada para produzir efeitos terapêuticos a nível neurofisiológico no cavaleiro, uma vez que este tem de se adaptar à alteração constante de forças físicas. Os movimentos do cavalo produzem um movimento tridimensional transmitindo impulsos dinâmicos e rítmicos ao cavaleiro. Estes impulsos expõem o cavaleiro a movimentos para a frente e para trás, movimentos laterais e rotações (Honkavaara e Rintala, 2010).

A Hipoterapia centra-se na recuperação de competências que permitam a reintegração, tanto a nível profissional como social, direcionando-se para o domínio da medicina física e de reabilitação. Esta vertente intervém ao nível do alívio da dor e da funcionalidade motora, pretendendo manter ou melhorar aspetos como a força muscular, a mobilidade, a capacidade respiratória, a circulação, a coordenação muscular e correção de posturas. Assim, a terapia é dirigida para objetivos neuromotores específicos, no que diz respeito ao processo de reabilitação do indivíduo (Leitão, 2012).

A Equitação Terapêutica surge para responder às problemáticas sociais numa perspetiva médica e pedagógica (Kröger, 1989). A abordagem terapêutica pretende que o cavaleiro aprenda a montar a cavalo, enquanto beneficia da terapia que assegura influências pedagógicas e psicológicas. A Equitação Terapêutica aplica-se em condições adaptadas a cada caso e apresenta objetivos diferentes para cada indivíduo. O instrutor tem a função de ensinar a técnica de montar a cavalo, tendo sempre em conta as limitações e incapacidades individuais. Pretende-se que o cavaleiro se torne autónomo na condução do cavalo e atue sobre este, realizando atividades adaptadas pelos técnicos envolvidos (Lobo, 2003).

A vertente terapêutica da AF é uma vertente que tem enorme importância na vida das pessoas com deficiência, uma vez que estas possuem determinadas patologias ou riscos associados à sua deficiência, que podem ser ultrapassados, ou diminuídos através da prática de AF. A AFA deverá, portanto, ser uma área a ter em conta para a reabilitação e manutenção de saúde das pessoas com deficiência. A WHO (2003) sugere isso mesmo, dizendo que a AF e a prática saudável de desportos é essencial para a nossa saúde e bem-estar.

### **1.3 Dimensão de competição**

A AFA consegue, em toda a sua abrangência, incluir ainda a dimensão competitiva, abarcando o mundo desportivo adaptado, que muito apaixonou as



peçoas e permite que as peçoas com deficiência consigam elevar as suas capacidades até ao limite num mundo de competição e de excelência.

Segundo Depauw e Gavron (2005), a ligação do desporto com o mundo da deficiência, resultando no desporto adaptado, ocorreu inicialmente durante o século XX. Os mesmos autores referem que a origem do desporto adaptado pode ser identificada ao longo de uma perspetiva histórica da AF, na vasta história da AF e do movimento humano.

Para Winnick (2011), o desporto adaptado corresponde a um desporto modificado ou criado para ir de encontro às necessidades dos indivíduos com deficiência. Já Nixon (2006), considera o desporto adaptado qualquer forma de competição física organizada intencionada, especificamente, para peçoas com deficiência e contrasta com desportos regulares que são organizados para peçoas sem deficiência. O desporto adaptado inclui desportos que foram criados para um determinado grupo de atletas com uma deficiência específica: Goalball para peçoas com deficiência visual ou Boccia para peçoas com Paralisia Cerebral, nas suas várias categorias. No entanto, também existem os desportos convencionais que são praticados pelas peçoas sem deficiência, mas adaptados para peçoas com deficiência, como é o caso do Basquetebol em cadeira de rodas ou Voleibol sentado para peçoas com deficiência motora. Estes desportos podem requerer algumas ou nenhuma modificação para a participação de peçoas com deficiência (Depauw e Gavron, 2005).

Hoje em dia existem grandes competições internacionais para atletas com deficiência de elite, para além das inúmeras competições nacionais e regionais (Depauw e Gavron, 2005).

Segundo Depauw e Gavron (2005), as três grandes competições internacionais existentes no mundo do desporto adaptado são:

- Surdolímpicos;
- Jogos Paralímpicos;
- *Special Olympics*.

Os Jogos Paralímpicos e os Surdolímpicos são as competições de maior nível internacional, onde apenas alcançam estas provas os atletas de excelência e de grande nível desportivo, praticantes de modalidades

consideradas pelo Comité Paralímpico Internacional. Os *Special Olympics* são uma grande competição internacional, mas onde o objetivo não é o alto rendimento desportivo e a procura de medalhas. Os *Special Olympics* são uma competição onde o que será importante é a própria participação, onde se procura a maior participação de atletas possível, dentro da DI e que estes possam participar num grande evento desportivo.

Segundo Depauw e Gavron (2005), os Surdolímpicos são uma competição desportiva específica para pessoas surdas, tal como o nome da competição indica e foram iniciados no ano de 1924, em Paris, tendo sido, portanto, a primeira competição internacional criada para pessoas com deficiência, neste caso específico, para pessoas com surdez. Atualmente, realizam-se de quatro em quatro anos, no ano após os Jogos Paralímpicos e, sempre que possível, no mesmo local.

Os mesmos autores referem que os Jogos Paralímpicos são considerados o equivalente aos Olímpicos para atletas de elite com deficiência motora, intelectual e visual. Os primeiros jogos internacionais realizaram-se em 1952, em Stoke Mandeville, no entanto os primeiros Jogos Paralímpicos realizaram-se em Roma, em 1960, com a participação de 400 atletas e com representação de 32 países. Portugal participa pela primeira vez em 1972, na antiga República Federal da Alemanha (FPDD, 2016). A começar em Seoul, 1988, nos últimos anos os Jogos Paralímpicos têm sido realizados no mesmo país e cidade que os Jogos Olímpicos (Depauw e Gavron, 2005).

No seguinte quadro (Quadro 3), podemos verificar todos os Jogos Paralímpicos realizados até à data, o seu ano de realização, o local onde ocorreram, os tipos de deficiência que foram incluídos em cada edição, os países que participaram, o número de atletas participantes e os desportos presentes em cada edição até aos recente Jogos Paralímpico do Rio de Janeiro, inclusive.

Quadro 3 – Jogos Paralímpicos de Verão, retirado e adaptado de Depauw e Gavron (2005) e Comité Internacional Paralímpico (2016).

Ano	Localização	Deficiência	Países	Atletas	Desportos
1952	Stoke Mandeville	Lesão Medular (LM)	2	130	6
1960	Roma	LM	23	400	8
1964	Tokyo	LM	21	375	9
1968	Tel Aviv e Cidade do México	LM	29	750	10
1972	Heidelberg e Munique	LM, Cegueira (C)	41	1004	10
1976	Toronto e Montreal	LM, C, les autres (LA)	42	1657	13
1980	Arnhem e Moscovo	LM, amputados (A), C, Paralisia Cerebral (PC)	42	1973	12
1984	Stoke Mandeville e Nova York	LM, A, C, PC	41	1100	14
1988	Seoul	LM, A, C, LA	45	1800	13
1992	Barcelona	LM, A, C, PC, LA	61	3053	17
1992	Madrid	DI	82	3020	15
1996	Atlanta	LM, A, C, PC, LA, DI	74	1400	5
2000	Sydney	LM, PC, LA, DI, C, A	103	3195	17
2004	Atenas	LM, A, PC, LA, C, DI	123	3843	18
2008	Pequim	LM, A, PC, LA, DI	130	4000	21
2012	Londres	LM, A, PC, LA, C, DI	164	4237	20
2016	Rio de Janeiro	LM, A, PC, LA, C, DI	161 (estimativa)	5000 (estimativa)	25

De uma forma geral, verificámos, através do Quadro 3, que a diversidade de deficiências, o número de atletas, o número de países participantes e os desportos praticados, revelaram uma tendência crescente ao longo da história dos Jogos.

Por fim, os *Special Olympics*, são uma competição criada, especificamente, para pessoas com DI, tendo não só os jogos de verão, mas também os de inverno. Estes são alternados entre si por dois anos, sendo que os jogos de verão acontecem de quatro em quatro anos, um ano antes dos Jogos Paralímpicos. Os primeiros *Special Olympics* foram realizados no Canadá, em 1968 (Depauw e Gavron, 2005).

A existência destas competições internacionais, promove bastante o desporto adaptado, no entanto, para se chegar a um patamar de excelência desportiva é necessário, em primeiro lugar, promover o desporto adaptado desde os seus níveis de competição mais elementares. Para que essa situação possa ocorrer, cabe aos pais, aos professores de EF, ou aos clubes amadores, como é o caso do Sport Club do Porto, captar crianças e jovens, para que estes possam iniciar uma atividade desportiva regular, desde o mais baixo nível desportivo até ao patamar mais elevado. É assim necessário cativar atletas, por exemplo através do DE, através das aulas de EF, para que possam, a partir daí, ingressar num clube. Existe a possibilidade de evoluir, participar em competições a nível distrital, regional e nacional. Os atletas que continuarem a sua carreira na área e reunirem todos os fatores necessários, podem mesmo chegar aos mínimos para ingressar na alta competição e chegar às competições internacionais atrás referidas.

Uma vez que o presente estudo se enquadra no contexto nacional, importa referir que a nível nacional, o desporto para pessoas com deficiência encontra-se organizado como representado pelo organograma (Figura 1) segundo a Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência (FPDD).

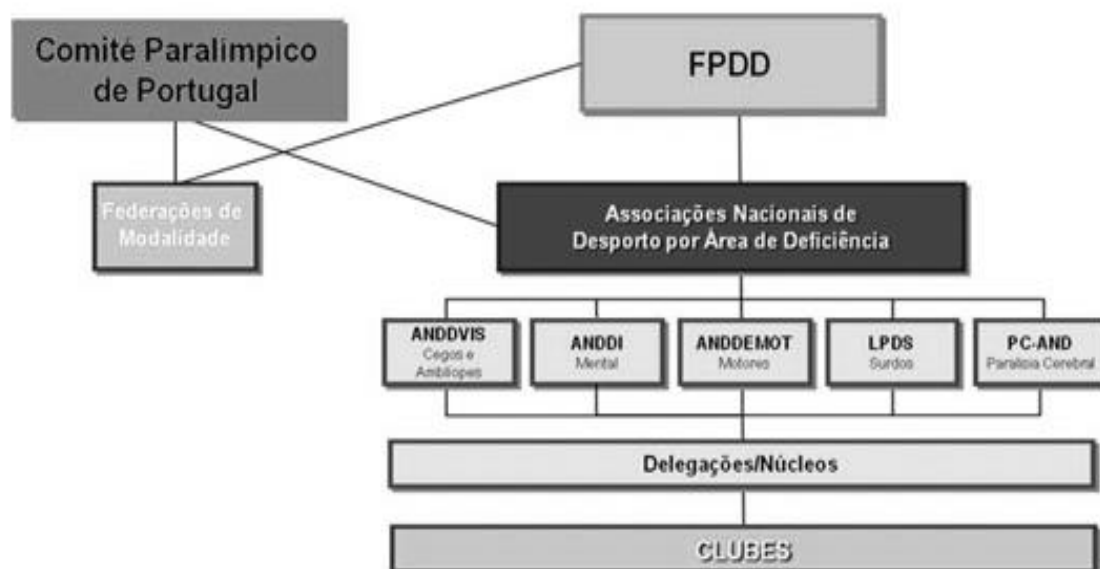


Figura 1 – Organograma da FPDD (2013).

Existem, como demonstra a Figura 1, duas entidades que tutelam o desporto para pessoas com deficiência em Portugal, o Comité Paralímpico de Portugal (CPP) e a FPDD. O CPP é a entidade que tutela o desporto adaptado a nível internacional. A FPDD é uma entidade que tutela o desporto adaptado nacional e divide-se nas várias associações, que se dividem por áreas da deficiência, com o objetivo de promover todo o tipo de desportos e abarcar os diferentes tipos de deficiência. Assim, o nível competitivo será mais justo e mais inclusivo, uma vez que permite a participação de todos. Algumas das modalidades estão, no entanto, filiadas nas respetivas federações nacionais, como é o caso do Voleibol sentado, que se encontra filiado à Federação Portuguesa de Voleibol, reforçando o papel da inclusão no desporto. As várias associações e federações têm o dever de promover atividades desportivas na sua área específica e dotar os clubes com meios e capacidades para desenvolver a prática desportiva. Estes devem ir de encontro às regras de funcionamento criadas pelos órgãos máximos do desporto para pessoas com deficiência e devem permitir a participação de todos. Existe, assim, um elevado número de entidades que procuram desenvolver o desporto de competição e

promover o desporto para pessoas com deficiência, do mais baixo ao mais alto nível competitivo.

### **1.4 Dimensão recreativa**

Para terminar o desenvolvimento das várias dimensões da AFA, concluo com a dimensão recreativa, que terá um papel muito importante no desenvolvimento do presente estudo, uma vez que esta é uma dimensão muito presente no desenvolvimento da Centro de Desporto Adaptado do Sport Club do Porto.

As pessoas com deficiência sempre estiveram entre nós, no entanto, enquanto sociedade não estávamos muito conscientes da presença deles. Muitos deles viviam em instituições, ou fora de vista. Aqueles que viviam com as suas famílias, habitualmente, permaneciam em casa e eram apenas conhecidos pelos seus vizinhos mais imediatos. Qualquer recreação de que pudessem desfrutar era oferecida através das suas famílias ou pelas instituições. Alguns com deficiências mais leves e que conseguissem, de alguma forma, “acompanhar” o ritmo das atividades, podiam ser encontrados nos programas recreativos, embora fossem identificados como pessoas com deficiência (Pomeroy, 1983).

Durante os anos 70 foi estimado que apenas 10% da população com deficiência recebia serviços de recreação; 90% não tinha acesso a este tipo de serviços. A norma, na altura, era focada em mencionar, avaliar, planejar e publicitar demonstrações, por exemplo, nos que recebiam estes serviços, em vez de se focar aqueles com deficiência que não os tinham (Nesbitt, 1981). O mesmo autor refere que, já no início dos anos 80, se deveria ir fora das instituições e usufruir de programas já existentes para chegar aos que não têm acesso a estes serviços, oferecendo serviço recreativo para pessoas com deficiência, quer crianças, jovens, adultos ou idosos.

Hoje em dia o paradigma mudou, enquanto antigamente as pessoas eram colocadas em hospícios próprios, hoje em dia existe a tentativa de os

incluir nas atividades da sociedade e, se possível, colocá-los de forma autônoma na vida quotidiana.

Para Marques, Castro e Silva (2001), a dimensão recreativa não terá a mesma relevância das dimensões anteriores, no entanto, numa perspetiva de vida quotidiana, esta dimensão parece-me possuir elevada importância, nomeadamente na ocupação de tempos livres de pessoas com deficiência.

Este tipo de AF pode ser definida como uma atividade ou experiência que envolve vários níveis de esforço físico, perícia e/ou habilidade, o que poderá não ser o foco da atividade e é realizada, voluntariamente, por um indivíduo, no seu tempo livre, com a intenção de satisfação mental ou física (Australia Year Book, 2008).

De acordo com Woodmansee, Hahne, Imms e Shields (2016), a AF recreativa inclui atividades formais organizadas, estruturadas com regras (por exemplo, jogos coletivos) e atividades informais espontâneas que requerem pouca preparação e treino (por exemplo, jogar no recreio da escola com os amigos). Engloba, por isso, um vasto intervalo de intensidades a nível físico, desde o menos intenso, até ao mais vigoroso, mas exclui a atividade sedentária, que não requer qualquer dispêndio de energia.

No fundo, a participação recreacional permite ao indivíduo envolver-se na AF, através dos próprios meios e condições, tendo como objetivo primário ser saudável e divertir-se (Lundberg, Taniguchi, McCormick e Tibbs, 2011).

Frequentemente, atividades praticadas na natureza, por pessoas com deficiência, envolvem atividades recreativas ao ar livre e desportivos cujos objetivos englobam a autossuperação e a manutenção da saúde em todas as suas dimensões. A natureza tem um apelo de desafio e, ao mesmo tempo, é um contexto agradável, oferece muitas opções de atividades físicas, desportos e atividades recreativas, que surgiram nas últimas décadas para diversificar o tempo livre das pessoas com deficiência (Mauerberg-deCastro, 2005). A mesma autora refere ainda que as pessoas com deficiência assumiram há muito tempo a sua independência na escolha das atividades do contexto do lazer e do desporto, especialmente onde não há uma organização formal, como nas atividades junto à natureza. Devemos aprender com elas sobre este

processo de vencer desafios e sobreviver. Devemos inspirar-nos nas suas experiências para, como educadores e terapeutas, propiciar alternativas de atividades para aqueles com menos independência (Mauerberg-deCastro, 2005).

Marques, Castro e Silva (2001), sugeriam que no início dos anos 2000, foram aparecendo vários trabalhos dirigidos à recreação, focando-se na sua importância e formas organizativas, tendo-se verificado que existe ainda uma baixa adesão, estudando-se as razões e concluindo-se a grande relevância e futuro desta área para as pessoas com deficiência.

### **2. Benefícios da Atividade Física Adaptada**

Os benefícios da AF são de extrema relevância para toda a sociedade. Contudo, os autores Anderson e Heyne (2010) referem que a AF para pessoas com deficiência é mais importante do que para pessoas sem deficiência. Esta frase pode ser interpretada de várias formas, sendo que se verificarmos o valor da AF, esta é de igual forma importante para todos, quer se tenha deficiência ou não. No entanto, o nível de impacto na vida, em termos de benefícios diretos na vida da pessoa, parece-nos que, de facto, este é maior na vida de pessoas com deficiência.

A prática regular de AF pode ser uma forma de atingir inúmeros benefícios de saúde, que podem influenciar, de uma forma direta, ou indireta, o impacto positivo em diversos riscos para a saúde. Na realidade, as pessoas com deficiência devem ter oportunidades e apoio para a prática de uma AFA às suas limitações e capacidades. O objetivo é ajudar as pessoas com deficiência a melhorar a sua força muscular, o estado psicológico de bem-estar e elevar a qualidade de vida, melhorando a realização das tarefas da vida diária (World Health Organization, 2003).

Neste estudo serão focados os vários benefícios decorrentes da prática de AF por parte das pessoas com deficiência. Neste contexto, serão explanados os benefícios a nível social, psicológico e fisiológico.



### 2.1 Benefícios a nível social

O relacionamento com os outros é algo que é vital na vida do ser humano. A prática de AF e desportiva é um meio, no qual existe a grande possibilidade de nos relacionarmos com os outros de uma forma mais próxima, e daí, permitir desenvolver um contexto social que poderá ter um papel importante na vida da pessoa. Para pessoas com deficiência pode ainda ter uma importância maior, uma vez que podem muitas vezes sentir-se excluídas das restantes atividades da vida quotidiana. Para muitas pessoas com deficiência, a mesma pode limitar oportunidades para se envolver em eventos sociais com os seus pares, o que pode levar a sentimentos de isolamento (Rimmer et al., 2007).

As dificuldades sociais experienciadas por grupos minoritários, tais como a discriminação e a estigmatização, são elevadas entre as pessoas com deficiência, comparativamente a pessoas sem deficiência, mas a AF pode atenuar esses aspetos (Barg et al., 2010).

Segundo Martin (2013), a AF contribui para a melhoria do estado social da pessoa. Nesse sentido, Arbour, Latimer, Martin Ginis e Jung (2007) constataram que as pessoas sem deficiência olhavam para as pessoas com deficiência que fossem fisicamente ativas de uma forma mais favorável, comparativamente a pessoas com deficiência inativas. Os mesmos autores referem que pessoas que praticam AF são mais amigáveis, persistentes e em quem se pode confiar mais.

A natureza social de muitas atividades desportivas leva ao aumento da integração social, interação social e à criação de amizades (Groff e Kleiber, 2001). Com efeito, num estudo realizado pelos mesmos autores, com crianças com Paralisia Cerebral e Espinha Bífida, que participaram em programas desportivos no período pós aulas, realçaram a importância de estarem em contacto com outras crianças com deficiência. Criar laços com outras crianças com deficiência contribuiu para o sentimento de pertença, permitindo que estas agissem de uma forma mais natural, com capacidade de serem eles próprios (Groff e Kleiber, 2001).

Adicionalmente, quando a AF decorre através de desporto de competição, jovens atletas também têm a oportunidade de viajar com a sua equipa e experienciar sentimentos como o de independência, diversão e ainda o efeito surpresa que muitas vezes acompanha a descoberta de novos lugares e o conhecimento de novas culturas (Anderson et al., 2005). Mas esta prática não se resume à participação das crianças e dos jovens. A felicidade e a rede de contactos criada através do desporto e da AF, são motivadores importantes também para os adultos (Allender et al., 2006).

Os benefícios afetivos da AF não estão apenas limitados ao aumento do bom humor e aos sentimentos positivos, mas também à diminuição de experiências afetivas negativas (Martin, 2013). A AFA é, portanto, um veículo importante, para que as pessoas com deficiência possam interagir com os seus parceiros, sejam estes os seus colegas de equipa, adversários, treinadores ou professores e criar laços afetivos com os mesmos, o que permite aumentar a sua capacidade de comunicação e valorizar mais a sua vida social.

### **2.2 Benefícios a nível psicológico**

A AF permite a evolução e melhoria do estado psicológico dos indivíduos.

Em muitos casos, as pessoas com deficiência são vistas como incapazes e limitadas na sua tentativa de serem independentes e bem sucedidas. Assim, os maiores benefícios psicológicos decorrentes da experiência bem sucedida da AF são a autoperceção, variando desde uma autoestima global para um julgamento discreto e específico de competência e autoeficácia (Martin, 2013).

A AF, segundo Callaghan (2004), é conhecida por melhorar a autoestima e o funcionamento cognitivo, ajudando a ultrapassar estados de ansiedade, depressão e ainda humor negativo. Também ajuda a regular o sono, melhora o vigor e os níveis de energia da pessoa, num estudo realizado com pessoas com doenças mentais (Sharma et al., 2006). A prática de AF, permite o aumento da circulação sanguínea para o cérebro e estimula a região do

cérebro responsável pelo humor, pela motivação e melhora o estado e formação de memória, uma vez que a AF promove a secreção de neurotransmissores de serotonina e endomorfina que melhoram o estado emocional da pessoa, também num estudo realizado com pessoas com doenças mentais (Callaghan, 2004). Sharma et al. (2006) acrescenta que a AF ajuda, igualmente, na regulação da reação fisiológica corporal ao stress.

As pessoas com deficiência, por serem muitas vezes postas de parte na sociedade, vêem na AFA uma oportunidade de demonstrar que também são capazes e que devem ter as mesmas oportunidades que os outros para mostrar que não estão, de forma alguma, num patamar inferior a nível de importância relativamente às pessoas sem deficiência, o que lhes permite criar a confiança (Martin, 1999) e usufruir de um estado de espírito positivo, desfrutando das atividades (Martin, 2006), como merecem. O impacto da AF no nível emocional e psicológico das pessoas com deficiência é portanto muito positivo e deve ser reforçado ao máximo.

### **2.3 Benefícios a nível fisiológico**

Existem vários benefícios fisiológicos da AF que podem diminuir o risco de doença crónica, problemas de saúde mental e morte prematura. Warburton, Nicol e Bredin (2006), por exemplo, denotaram uma melhoria da função vascular entre adultos que praticam atividade aeróbia regular. Esta AF revelou diminuir o risco de coágulos de sangue e regula a pressão arterial; além disso, o exercício aeróbio diminui lipoproteínas de baixa densidade (LDL's, ou "colesterol mau") e aumenta as de alta densidade (HDL's, ou o colesterol bom), diminuindo assim o risco de doenças cardiovasculares. O exercício regular diminui ainda a inflamação crónica, resultando na melhoria muscular e saúde cardíaca (Warburton et al., 2006). Os mesmos autores constataram que o exercício assiste na estabilização hormonal e níveis de insulina, o último através da homeostasia para manter a glicose no sangue sob controlo, reduzindo assim a possibilidade de desenvolver diabetes ou de se tornar obeso (Sharma, Madaan e Petty, 2006; Warburton et al., 2006). No contexto da saúde

específica das pessoas com deficiência, as consequências na saúde das mesmas, por não praticarem qualquer AF, incluem a diminuição da capacidade de locomoção e consequente diminuição de independência (Nosek, et al., 2006; Goodwin, et al., 2004; Durstine, et al., 2000; McDonald, 2002; Draheim, 2006; Sutherland et al., 2002). Segundo Rimmer e Wang (2005), as pessoas com deficiência, independentemente do sexo, da raça e etnicidade ou da idade, tinham valores significativamente mais elevados de sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida, comparando com pessoas sem deficiência, numa amostra de 306 pessoas com deficiência. Esta ideia é complementada pelos estudos que indicam que as pessoas com deficiência têm maior tendência para desenvolver doenças secundárias que incluem a osteoporose, osteoartrites, diminuição do equilíbrio, da força, da resistência, da flexibilidade e por fim, o aumento de probabilidade de obesidade (Craham e Reid, 2000; Rimmer, 1999). É, portanto, extremamente importante manter os níveis de AF elevados na população com deficiência.

Num estudo que tinha como amostra indivíduos com todo o tipo de deficiências, mas excluiu aquelas que surgem de doenças crónicas, foi demonstrado que a participação regular em programas de AF contribuí para a redução de risco cardiovascular, diabetes e hipertensão nas pessoas com deficiência, (Rimmer e Braddock, 2002).

A AFA também melhora não só a composição corporal e saúde óssea, assim como contribui para a prevenção ou atraso de doenças crónicas com crianças com deficiência (Shields, Synnot e Barr, 2012). Nesta faixa etária, a participação na AF é particularmente importante, uma vez que pode ter um impacto positivo no desenvolvimento, qualidade de vida e saúde em situações futuras (Shields, Synnot e Barr, 2012).

Todos os benefícios quer sociais, psicológicos ou fisiológicos, têm uma importância elevada na vida das pessoas com deficiência e devem ser estudados ao máximo, para que possam contribuir de uma forma muito positiva para a vida das pessoas. Todos estes benefícios, devem estar presentes de uma forma equilibrada, na vida das pessoas, uma vez que se complementam

entre si. Todos os parâmetros de saúde estão interligados entre si, sendo que uma diminuição na saúde, ou situação de patologia numa determinada componente, poderá necessariamente, prejudicar as restantes componentes de saúde. A AFA acaba por ter um papel fundamental uma vez que permite que haja benefícios a todos esses níveis, permitindo às pessoas com deficiência encontrar um bom equilíbrio na sua vida, em todas as componentes que a constituem.

### **3. Barreiras à prática de Atividade Física Adaptada**

Dado o valor que a AF possui e os baixos níveis de prática por parte da maioria das pessoas com deficiência, não é de estranhar que um grande foco de investigação no mundo da deficiência e da AF passe por identificar as barreiras à sua prática de AF por parte de indivíduos com deficiência (Martin, 2013). Para o autor, algumas das barreiras são partilhadas entre todas as pessoas, no entanto, existem barreiras que são específicas para pessoas com deficiência.

A este respeito, Shields, Synnot e Barr (2012), realizaram uma investigação, a partir da revisão de 14 artigos, desde o ano 1983 até 2007, quanto às barreiras para a prática de AF por parte de crianças com deficiência. As principais barreiras encontradas apresentam-se seguidamente:

Quadro 4 – Barreiras à AF, adaptado de Shields, Synnot e Barr (2012).

Barreiras Pessoais	Barreiras Sociais	Barreiras ambientais	Barreiras organizacionais
Falta de habilidade física	Ações, comportamentos ou preocupações parentais	Instalações inadequadas	Falta de programas de AF adequados
Falta de habilidade social	Falta de amigos ou apoio dos pares	Transporte	Os que existem só se focam em desportos de equipa
Preferência por outras atividades que não físicas	Atitudes negativas por parte da sociedade	Tempo/meteorologia	Falta de capacidade por parte dos trabalhadores
Medo	Falta de um modelo a seguir	-	Atitudes negativas dos trabalhadores em relação às pessoas com deficiência
Falta de conhecimento ou percepção relativamente à AF	Falta de boa comunicação para com a criança com deficiência	-	Custo
Falta de tempo	-	-	Falta de divulgação para com os clientes e falta de informação acerca dos benefícios da AF
Dor ou desconforto	-	-	-

Verificamos, através da visualização do Quadro 4, as barreiras à prática de AF consideradas em diferentes estudos, sendo que as autoras distinguiram as barreiras pessoais, sociais, ambientais e por fim organizacionais. As que apresentam um número mais elevado de subtemas são as barreiras pessoais, seguidas pelas barreiras organizacionais, sendo que as que têm menor número de subtemas, são as barreiras ambientais.

Com referência a esta temática, Martin (2013) afirma que existe um número significativo de barreiras à prática de AF para pessoas com deficiência. O autor divide as barreiras em pessoais, sociais e do ambiente, no entanto

refere que muitas barreiras não se enquadram em nenhum destes domínios, sendo que não é fácil identificar a sua origem, correndo-se o risco de simplificar e não representar a realidade enfrentada pelas pessoas com deficiência. Uma das barreiras principais para o autor é a dor, uma vez que influencia a prática de AF para muitas pessoas com deficiência. Martin (2013) refere ainda que as barreiras podem, em conjunto, impedir a participação na AF e ainda pode variar de pessoa para pessoa. Por fim, barreiras que existem no início da prática de AF (por exemplo a dor) podem desaparecer à medida que a sua experiência e envolvimento com a AF aumenta.

O conhecimento das várias barreiras à participação na AF por parte de pessoas com deficiência, é vital para que a comunidade envolvente neste tipo de atividades, tais como clubes e organizações desportivas, possam evitar e desenvolver formas de suprimir estas barreiras, ou pelo menos minimizá-las. Estes organismos devem ainda conhecer ao máximo a realidade das pessoas com deficiência, para que possam, em colaboração com as mesmas, responder às suas necessidades e encontrar soluções a nível local, nas suas próprias instalações e atividades. As organizações devem também explorar as entidades de maior relevância a nível global, através do contacto com agentes maiores, tais como juntas de freguesia, câmaras municipais e chegar mesmo ao governo português, para que se possa, cada vez mais, sensibilizar a sociedade para estas barreiras e para que se possam, de uma forma mais significativa, evitar as mesmas de uma forma global e permanente.

#### **4. Papel da Família**

##### **4.1 Papel dos pais na vida da pessoa com deficiência**

A importância do papel dos pais é inquestionável, mais não seja porque são eles os responsáveis pela nossa existência, de uma forma muito simples, partilhando o seu código genético para a criação de um novo ser. Para além de serem os criadores, são também responsáveis, na maioria das vezes, pela educação e pela formação dos seus filhos. Eles escolhem a escola que o filho

irá frequentar, escolhem o nome que filho terá para o resto da sua vida, escolhem até onde o seu filho nasce. São tudo decisões, que de uma forma ou outra, irão influenciar a vida dos seus filhos e irão criar as raízes para o desenvolvimento de um novo ser, com uma personalidade própria e com a perspectiva de que terá um futuro próspero. Isto não significa que quando o filho tem capacidade para tal, não possa tomar decisões próprias na sua vida, mesmo que possua algum tipo de deficiência.

Apesar do papel de decisão dos pais, existe um aumento no reconhecimento de que os jovens, incluindo jovens com deficiência, podem expressar os seus pensamentos e sentimentos, tomar decisões informadas e exercer influência (Lansdown e Karkara, 2006). A Convenção das Nações Unidas acerca dos direitos da criança afirma que todas as crianças, incluindo crianças com deficiência, têm o direito de ser envolvidas em assuntos e decisões que lhes dizem respeito (Lansdown e Karkara 2006). Com efeito, a criança com deficiência também influencia o que está à sua volta, possui grandes conhecimentos em relação às suas experiências do dia a dia e tem a capacidade de tomar decisões (United Nations General Assembly, 1989; James e James, 2004).

No mesmo contexto, de tomada de decisões, investigações realizadas com jovens e crianças sem deficiência na Noruega (Bjerk, 2011), no Reino Unido (Morrow, 1999) e na Europa do Leste (Tomanovic-Mihajlovic, 2000; Tomanovic, 2003) demonstraram padrões similares de participação na tomada de decisões: as crianças raramente faziam, ou expressavam o desejo de tomar decisões com completa autonomia. Nestes estudos, foram encontradas diferenças, tanto intra como entre estudos, contudo, todos os estudos demonstraram que as crianças que sentiam que a sua opinião era respeitada e valorizada na tomada de decisões, indicou que fatores pessoais, familiares e culturais, muito provavelmente, contribuem para as diferenças que decorrem de família para família, mostrando o importante papel desses fatores externos à criança no seu desenvolvimento. No contexto, Tomanovic (2003) demonstrou que percepções de condições sociais pouco seguras, combinadas com vários



níveis de confiança nas competências da criança, levava os pais a tomar diferentes posições de controlo em relação às ações das crianças e jovens.

Ambos, pais e jovens, tendem a descrever que os pais devem exercer autoridade nas questões morais que afetam o bem-estar dos outros e questões convencionais que estão relacionadas com comportamentos aceites que estruturam as interações sociais (Smetana, 2010). Também para assuntos delicados, respeitantes a questões de saúde e segurança, os pais e os adolescentes concordam que os pais devem ter autoridade (Smetana e Asquith 1994; Smetana 2000).

Apesar destes estudos referidos não se direcionarem, especificamente, para as crianças com deficiência, as mesmas também poderão ser enquadradas neste contexto, sendo que outros estudos revelaram situações específicas para as mesmas, completando a informação anterior.

No contexto da realidade da deficiência, tudo varia desde deficiências que pouco e raramente afetam a capacidade das crianças na participação num espetro total de atividades, até deficiências múltiplas e complexas que estão sempre presentes e envolvem vários aspetos da sua vida diária (Mark Whiting, 2013). No caso de pessoas que apenas possuem deficiência motora, a sua forma de pensar e a sua tomada de decisão não será, em princípio, posta em causa, uma vez que a sua deficiência não afeta a sua condição cognitiva, no entanto, o mesmo não acontece com pessoas que possuem deficiências que afetem o seu desenvolvimento cognitivo.

Com referência a este facto, num estudo realizado com uma amostra de pessoas com DI e os seus familiares, o nível no qual um jovem era ou não percecionado com necessidade de proteção e que, assim, estava capaz de participar nas tomadas de decisão, parece estar dependente das suas características pessoais, o que, no entanto, pode ser comprometido por ameaças externas ao seu bem-estar. Em termos de características pessoais, os pais muitas vezes descreviam os seus filhos com DI com falta de discernimento e pouco desenvolvimento na capacidade de tomada de decisão. Na opinião dos pais, estes não são capazes de entender a diferença entre “o correto e o incorreto”, possuem falta de confiança ou de capacidade de

argumentação, falta de capacidades específicas (por exemplo lidar com dinheiro) e apresentam níveis mais elevados de imaturidade. Estas características levam a que os pais acreditem que os jovens com DI, tomariam decisões incorretas e pouco seguras. Os pais também receiam que, muitas vezes, devido às suas diferenças visíveis, nomeadamente no modo como se apresentam, ou vulnerabilidades pessoais, estes jovens com DI seriam rejeitados socialmente ou os outros acabariam por se aproveitar dos mesmos, tendo em conta as suas fragilidades (Saaltink et al., 2012). Nesta perspetiva, o papel dos pais na vida das pessoas com DI acaba por ser preponderante, uma vez que estes não possuem capacidades suficientes, salvo determinadas exceções, para serem independentes, mesmo que já sejam maiores de idade.

Segundo Cobb e Alwell (2009), comparado com outros pais, os pais de crianças com deficiência têm um papel mais ativo nas escolhas associadas ao abandono de uma participação a tempo inteiro na educação por duas razões principais. Primeiro, quando uma pessoa jovem tem uma deficiência cognitiva considerável, os pais assumirão responsabilidade de tomar decisões (tendo sempre em conta, naturalmente, as aspirações e preferências do jovem). Segundo, a presença de cuidados e suporte de necessidades quer dizer que, apesar do jovem poder sair de casa, os pais têm um papel permanente de cuidados e responsabilidades, havendo, necessariamente, um papel de constante presença na vida do filho, permanecendo ativo nas decisões da vida do mesmo.

Uma questão muito presente na vida destes pais é o facto de estes poderem vir a estar dependentes dos mesmos, mesmo que já se encontrem em fase adulta. Muitos pais podem presumir que à medida que os seus filhos se tornam adultos, eles deverão, por fim, viver fora da casa de família. Porém, para pais de filhos com deficiência, principalmente alguma deficiência que limite a sua capacidade de realizar tarefas do dia a dia, esta expectativa pode ser mais difícil de concretizar pois estes precisam de cuidados e suporte, possivelmente a longo prazo. Grant (2000) apoia esta visão, num livro dedicado à DI, argumentando que pais de crianças com dificuldades de aprendizagem possuem um papel parental permanente e que inclui, frequentemente, o

sustento que corresponde a providenciar apoio e casa. Assim, é difícil para estes pais ter o estilo de vida “típico” de pessoas com a mesma idade e por isso podem criar algum receio e ansiedade relativamente a questões parentais inacabadas e preocupar-se com o futuro.

Neste contexto, os pais poderão vir a experienciar algum *stress* pelo facto de estes, com mais alguma idade, terem uma tendência para possuir menos planos para o futuro, uma vez que não se encaixam numa vida profissional, caminho natural para a maioria das pessoas, o que Thompson (2001) atribui à falta de informação disponível, isolamento de serviços, falta de profissionais especializados e falta de serviços específicos para grupos minoritários.

Os pais também pretendem um aumento de acesso a serviços na comunidade, o que lhes permitiria criar um envolvimento diferente e uma melhor relação com os seus descendentes. Nesta perspetiva, o desejo de manter um papel permanente foi detetado como significativo na saúde e bem-estar dos pais e foi relacionado com a sensibilidade dos pais em relação à vulnerabilidade dos seus filhos, num estudo em que os autores Davys e Haigh, (2008) realizaram entrevistas aos pais de pessoas com dificuldades de aprendizagem.

Entende-se que os pais têm, assim, um papel preponderante na vida dos seus filhos com deficiência, sendo que a preocupação com a sua própria saúde é um aspeto a ter em conta, especialmente no que respeita à necessidade de proteger o seu filho, que sem os seus cuidados, será deixado a um destino sem boas perspetivas.

Com o aumento da esperança média de vida das pessoas, decorrente da evolução investigacional e tecnológica, há um aumento de adultos, idosos e crianças que vivem com deficiência, o que, afeta diretamente as suas vidas e opções. Os seus direitos têm sido reconhecidos em convenções internacionais e consagrados em constituições nacionais, mas a luta pelo respeito, inclusão e igualdade no acesso a recursos está longe de terminar (Home, Carter, Scarth e Warren, 2015).

Pais de crianças com deficiência enfrentam múltiplos desafios. Apesar de diferenças na cultura, diferenças socioeconómicas e situações ligadas às diferentes deficiências, estes enfrentam pesadas exigências, elevados custos, exclusão social e iniquidade na maioria das sociedades, uma vez que poucos esforços são realizados para o progresso daqueles que possuem deficiência (Green, 2007; Dowling e Dolan, 2001).

Segundo Davys e Haigh (2008), a insatisfação parental incorpora um número de elementos que incluem insatisfação relativamente a prestadores de serviços, a sensação de terem de lutar sempre para ter o que pretendem, falta de confiança nos serviços, a sensação de que os próprios pais e os prestadores de serviços têm ideias opostas e o sentimento de que os serviços prestados não vão de encontro ao que estes pretendem e/ou que têm falta de qualidade.

Os mesmos autores constataam que considerações financeiras acarretam um conjunto de problemáticas, que incluem o facto de os pais terem de pagar serviços que recebem, sendo que existe a preocupação entre o que os pais sentem que é necessário e o que realmente podem sustentar. De facto, Redmond e Richardson (2003) referem que cuidar de uma criança com deficiência pode levar a um impacto negativo na situação financeira de uma família. Podem existir custos financeiros de equipamento especializado, transporte, roupas e elevados custos de lavandaria, mas em adição a isto, os cuidados a ter com o filho podem afetar os pais (especialmente as mães que comumente desempenham o papel principal, salvo exceções) na participação de um emprego remunerado. A capacidade familiar de gerar receitas é, portanto, reduzida numa situação onde existe uma necessidade financeira maior.

Esta necessidade de deixar o emprego para cuidar do filho com deficiência é de facto bastante preocupante, uma vez que se trata de menos rendimento que a família obterá e, em proporção inversa, os custos com a saúde e cuidados do seu filho com deficiência são bastante dispendiosos, criando uma dificuldade extrema na gestão da vida familiar. Assim, deverá existir um apoio extra para estas famílias, que mantêm a sua responsabilidade

de cuidar do seu filho com deficiência, apesar das dificuldades, mas que devem ser beneficiadas de alguma forma, para que haja igualdade nas circunstâncias de vida, relativamente à restante comunidade.

Todos os pais referem a importância da questão financeira em diferentes contextos o que sugere que este é um assunto significativo e pode contribuir para uma tensão constante entre os prestadores de serviços e os pais, especialmente se estes últimos sentirem que estão a pagar serviços com os quais não estão satisfeitos, tanto a nível da sua capacidade como de qualidade (Davys e Haigh, 2008).

Pese embora o papel dos pais ser fundamental, muitas vezes existem outras pessoas que ajudam na educação e desenvolvimento dos seus filhos com deficiência.

Num estudo realizado por Whiting (2013), os pais identificaram um conjunto de pessoas que consideram ser prestadores de ajuda e suporte. Isto incluiu família e amigos, pessoas em serviços oficiais tais como os profissionais de saúde que acompanhavam a pessoa com deficiência em emergências ou consultas marcadas.

Em simultâneo, membros da família mais afastada foram igualmente reconhecidos como um forte suporte. Contudo, isto varia e depende de certos fatores tais como a deficiência específica da criança ou necessidade de saúde e a distância entre as casas dos familiares e pessoas próximas. Neste grupo, os avós foram destacados como um suporte particularmente forte, permitindo, por exemplo, cuidados regulares planeados ou estar disponível como substitutos em casos de emergência. Um leque de perspetivas foram, contudo, oferecidas, incluindo muitas referências de como outros membros familiares “não estavam totalmente confiantes” ou se sentiam “assustados” quanto a tomar conta da pessoa com deficiência (Whiting, 2013). O mesmo autor refere ainda que muitos pais descreveram as amigadas como um importante apoio de suporte psicológico.

No mesmo estudo, onde foram entrevistados vários pais de pessoas com deficiência, os profissionais representados por um conjunto de disciplinas

na área da saúde, educação e serviços sociais foram identificados pelos pais como recursos de ajuda e suporte (Whiting, 2013).

O papel dos pais e avós é, então, visto como essencial na vida das pessoas com deficiência, apesar de estas terem também uma certa autonomia nas suas decisões, dependendo do seu nível de funcionalidade, mas não é uma tarefa nada facilitada numa sociedade em que, se não fossem os pais, as pessoas com deficiência estariam muito desamparadas, ou pelo menos, não teriam as condições de vida, que através da sua família conseguem obter.

### **4.2 Importância dos pais na prática de atividade física dos filhos com deficiência**

Vários investigadores sugerem que os pais são importantes determinantes nos níveis de AF dos seus filhos (Martin et al., 2007; Trost et al., 2003).

A família é um dos mais importantes contextos para os adolescentes em desenvolvimento. A dinâmica, as relações interdependentes e ações entre os membros da família formam o comportamento, as normas e as atitudes familiares (Bubolz, 2001), o que influencia, substancialmente, os resultados do desenvolvimento (Sameroff e Fiese, 2000).

Segundo McManus, Mandic, Carle e Robert (2012), muitos estudos destacam a importância de ambientes familiares positivos para promover a AF em diversas populações jovens. Assim, o papel dos pais (Silva, Lott, Mota, e Welk, 2014) e também dos professores (Standiford, 2013) foi estabelecido como um grande fator de promoção de AF dos adolescentes. Na realidade, o envolvimento dos pais na AF dos seus filhos tem um impacto direto nos níveis de AF durante a infância e no futuro enquanto adultos (Thompson, Humbert, e Mirwald, 2003). Isto é ainda reforçado pelo papel dos pais, entre outros, na determinação de quais atividades as crianças podem fazer e a que recursos têm acesso (Welk, Wood, e Morss, 2003) e os mesmos podem influenciar a atividade das crianças de duas formas: sendo um modelo a seguir ou constituindo um fator de motivação (Beets, Vogel, Chapman, Pitetti, e Cardinal,

2007). De facto, alguns estudos afirmam que pais que são ativos têm maior influência na AF dos filhos, nomeadamente na forte relação entre os níveis de AF entre ambos, comparando com os pais que são sedentários (Welk, Wood, e Morss, 2003). Na mesma linha de pensamento, pais que valorizam a AF servem de modelos a seguir, transmitindo os seus bons hábitos aos filhos (Anderssen et al., 2006). Martin e Choi (2009) reforçam esta ideia constatando que os pais que gostam de ser fisicamente ativos, estão mais próximos de tornar-se, efetivamente, ativos e a ser uma referência para os seus filhos. Adicionalmente, pais que gostam de ser ativos também demonstram ser mais encorajadores na participação dos seus filhos na AF e no desporto, comparado com pais que muitas vezes demonstram menos gosto pela AF.

Num estudo mais recente, Olivares et al. (2015), mostram que o encorajamento por parte dos pais determina ainda a quantidade de AF praticada pelos seus filhos, quer esta seja suave, moderada ou vigorosa. Neste contexto, as respostas afetivas parentais (por exemplo, desfrutar da AF) também parecem influenciar os filhos na escolha da prática de AF, reforçando a ideia de modelo a seguir (Martin e Choi, 2009).

No entanto, Wang e DePauw (1995) contrariam esta ideia, referindo que a prática de AF por parte dos pais é menos determinante relativamente à apreciação da AF e ao encorajamento prestado aos seus filhos. Assim, o potencial do valor de modelo a seguir por parte da figura parental, no aspeto de ser fisicamente ativo, poderá, segundo estes autores, ser limitado, tal como o potencial de pais e filhos serem ativos juntos, no caso de os pais serem mais sedentários do que ativos. A vontade dos pais em encorajar enquanto permanecem de alguma forma inativos, é bastante comum. Um exemplo disso mesmo, é o facto de, apesar de poucos pais participarem no desporto, muitos ainda encorajam os seus filhos com deficiência a praticar AF (Wang e DePauw, 1995).

Adicionalmente, acredita-se que os pais que esperam dos seus filhos sucesso numa determinada AF e que valorizam o sucesso nesse domínio, estarão mais propícios a influenciar os seus filhos a integrar a AF (Bauman, Sallis, Dwewaltowski, e Owen, 2002; Welk, 1999). Assim, verificamos que a

forma como os pais percebem a AF irá influenciar a forma como apoiam a participação dos seus filhos nessas mesmas atividades físicas, ou não.

As preocupações dos pais com a saúde dos seus filhos influencia os seus valores em relação à AF, incluindo usar a AF como uma estratégia para prevenir que os seus filhos se tornarem pessoas com sobrepeso ou até mesmo com obesidade (Ritchie, Welk, Styne, Gerstein, e Crawford, 2005).

As crianças estão, muitas vezes, dependentes dos adultos (na maioria das vezes os seus pais ou outros familiares) para os encorajar, para lhes proporcionar o transporte, para providenciar o encargo das despesas associadas às atividades e facilitar o seu envolvimento na AF (Martin e Choi, 2009). Esta dependência dos adultos é ainda maior nas crianças com deficiência, uma vez que estas muitas vezes não podem retirar vantagens de situações informais para a prática de AF como as crianças sem deficiência podem. Por exemplo, uma criança em cadeira de rodas não pode subir e descer escadas para ir jogar Futebol no recreio, ao contrário das crianças sem deficiência que conseguem ter momentos como esse com maior frequência. Uma vez que as crianças com deficiência estão frequentemente dependentes dos seus pais para a prática de AF, é particularmente importante entender as percepções dos pais (Martin e Choi, 2009). Apesar de a maioria, ou a totalidade dos estudos apenas focar estas necessidades nas crianças com deficiência, o mesmo se pode extrapolar para pessoas adultas com deficiência, que sejam ainda dependentes dos seus pais.

Segundo os mesmos autores, Martin e Choi (2009), a percepção parental dos seus próprios comportamentos sociais (divertimento e encorajamento) sugere que os pais apoiam a prática de AF e o envolvimento no desporto dos seus filhos e acreditam que o seu filho deve ser fisicamente ativo, sendo que acrescentam ainda que um feedback positivo por parte dos pais relativamente à prática de AF dos filhos com deficiência, tem uma influência positiva nessa mesma prática. Esta conclusão é positiva, uma vez que, frequentemente, os pais são demasiado protetores em relação às crianças com deficiência.

Verifica-se, deste modo, a grande importância do papel dos pais na influência positiva que podem ter sobre os seus filhos com deficiência, quer no



que diga respeito ao apoio verbal, quer enquanto modelo a seguir. O seu papel é ainda preponderante no apoio logístico e financeiro dessas mesmas atividades, o que reforça a importância do conhecimento dos pais relativamente à prática de AF.

É portanto, de extrema importância que os pais possam ter conhecimento dos vários benefícios que a AF pode trazer aos seus filhos com deficiência e verificar o impacto positivo que tem na vida dos mesmos.

Cabe agora às organizações e aos profissionais da área da AFA criar boas expectativas e divulgar ao máximo o seu trabalho, não só aos pais e familiares, mas a toda a comunidade e realizar o melhor trabalho possível para que esta área seja cada vez mais promovida e alcance a importância que merece na sociedade, mas principalmente, na vida das pessoas com deficiência.



### **Capítulo III - Metodologia**



## **Metodologia**

### **1. Grupo de estudo**

O grupo de estudo foi constituído por 30 pais e avós de pessoas com deficiência: 14, em que o filho ou neto é maior de idade e 16, em que o filho ou neto é menor de idade. Procurou-se um equilíbrio no que respeita à presença de pais ou avós com filhos ou netos menores ou maiores de idade. Esta situação permitiu estudar perspectivas diferentes, uma vez que se encontravam em fases distintas da vida, proporcionando, assim, testemunhos complementares e novas ideias que enriqueceram o estudo.

A captação dos participantes foi facilitada pela relação de proximidade de uma das autoras com o Sport Club do Porto. As organizações abordadas foram o Pony Club do Porto e o Centro Integrado de Apoio à Deficiência (CIAD), duas instituições em estreita ligação com o Sport Club do Porto. O Pony Club, que é uma IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social), possui as suas instalações dentro do Centro Hípico do Sport Club do Porto, o que proporcionou a abordagem à organização. O CIAD pertence à Santa Casa de Misericórdia do Porto, que possui uma forte relação com o clube. Foi realizada uma reunião inicial com ambas as instituições, sendo que no Pony Club falamos com a Diretora, a qual concordou de imediato com a solicitação feita para realizar o estudo. No caso do CIAD, após entrevista inicial com a Psicóloga, responsável pelo centro de atividades ocupacionais (CAO) e delegada por parte do Diretor para orientar a minha presença, solicitou o envio da descrição do projeto de investigação e uma carta, que foi redigida com o propósito de pedir autorização para efetuar o estudo. Em sede de reunião de Direção foi aprovada a sua realização. A formalização de ambos os pedidos encontra-se no Anexo I. O número de participantes de cada organização foi:

Quadro 5 – Número de participantes por organização.

Organizações	Pony Club	CIAD	SCPorto
Número de participantes	19	10	1
Total	30	-	-

Foram, assim, entrevistadas 19 pessoas nas instalações do Pony Club, 10 pessoas nas instalações do CIAD e 1 nas instalações do Sport Club do Porto.

### **1.1 Caracterização do grupo de estudo**

O Quadro 6, 7, 8 e 9 caracterizam o grupo de estudo constituído por 30 participantes, pais e avós de crianças, jovens e adultos com deficiência, designadamente 10 pais, 17 mães e 3 avós.

No mesmo Quadro é possível identificar ainda o género do filho ou neto, a idade, o tipo de deficiência, a sua etiologia, se os entrevistados praticam ou não AF, bem como as suas habilitações literárias e profissão.

Quadro 6 – Caracterização do grupo de estudo (E1 a E6).

Nº entrevista	Gênero participante	Gênero do filho(a)	Grau de parentesco	Idade do filho(a)	Tipo de deficiência	Etiologia da deficiência	Habilitações literárias do participante	Profissão do participante	Responsável prática AF?
E1	Feminino	Masculino	Mãe	9	Hiperlaxidez/Des-coordenação motora	Nascença	9º ano	Doméstica/ Limpezas	Não
E2	Feminino	Feminino	Mãe	6	Síndrome de Asperger	Nascença	Licenciada	Recursos Humanos	Sim
E3	Feminino	Masculino	Mãe	7	Síndrome de Hutchinson-Gilford	Nascença	12º ano	Assistente educativa	Não
E4	Masculino	Feminino	Pai	8	TOC – (Transtorno Obsessivo-Compulsivo)	Nascença/ diagnosticado aos 6 anos	Licenciado	Contabilista	Não
E5	Feminino	Feminino	Mãe	6	Paralisia Cerebral	No período de gravidez Perinatal/diagnosticada aos 9 meses	Licenciada	Responsável de projeto	Não
E6	Masculino	Masculino	Pai	13	Trissomia 18 em mosaico/ Autismo	Nascença/Diagnosticado aos 7 anos	Bacharelado	Oficial de justiça	Não

Quadro 7– Caracterização do grupo de estudo (E7 a E15).

Nº entrevista	Género participante	Género do filho(a)	Grau de parentesco	Idade do filho(a)	Tipo de deficiência	Etiologia da deficiência	Habilitações literárias do participante	Profissão do participante	Responsável prática AF?
E7	Feminino	Feminino	Mãe	11	Síndrome de Rett	Nascença/Diagnosticado aos 14 meses	Licenciada	Comercial	Sim
E8	Masculino	Masculino	Pai	7	Autismo	Nascença/diagnosticado 1,5 ano	12º ano/iniciou faculdade	Técnico de computadores	Não
E9	Feminino	Feminino	Mãe	24	Trissomia 21	Nascença	Mestrado/Frequenta doutoramento	Professora	Sim
E10	Masculino	Masculino	Pai	37	DI	Nascença	4ª classe	Reformado	Não
E11	Masculino	Masculino	Pai	44	DI	Desconhecida	3º ano escola industrial	Reformado	Sim
E12	Feminino	Feminino	Mãe	26	Síndrome de Rett	Nascença	9º ano	Doméstica	Sim
E13	Feminino	Masculino	Avó	7	Paralisia Cerebral	13 dias de vida	12º ano	Cabeleireira	Sim
E14	Feminino	Feminino	Mãe	13	DI	Nascimento prematuro	12º ano/iniciou faculdade	Secretária	Não
E15	Feminino	Feminino	Mãe	31	Trissomia 21	Nascença	Curso de secretariado	Reformada	Não



Quadro 8 – Caracterização do grupo de estudo (E16 a E23).

Nº entrevista	Gênero participante	Gênero do filho(a)	Grau de parentesco	Idade do filho(a)	Tipo de deficiência	Etiologia da deficiência	Habilitações literárias do participante	Profissão do participante	Responsável prática AF?
E16	Feminino	Masculino	Mãe	24	Síndrome de Asperger	Nascença/ diagnosticado aos 16 anos	12º ano	Administrativa	Sim
E17	Feminino	Feminino	Avó	7	Autismo	Nascença/diagnosticado 1 ano	Área de informática	Reformada	Sim
E18	Feminino	Masculino	Mãe	16	DI	Nascença/diagnosticado aos 7 anos	Cursos Técnicos Profissionais	Técnica de fisioterapia	Não
E19	Feminino	Masculino	Mãe	33	Síndrome de Asperger	Nascença	Mestrado	Psiquiatra	Sim
E20	Feminino	Feminino	Mãe	38	Cegueira	1 mês de idade/meningite	4ª classe	Reformada	Sim
E21	Masculino	Masculino	Pai	37	DI	Nascença/Parto	7º ano	Reformado	Não
E22	Masculino	Masculino	Pai	38	Deficiência motora/visual	3 meses/meningite/diagnosticado 6 anos	Não estudou	Ourivesaria	Sim
E23	Feminino	Masculino	Mãe	35	DI	Nascença/parto	4ª classe	Doméstica	Não

Quadro 9 – Caracterização do grupo de estudo (E24 a E30).

Nº entrevista	Género participante	Género do filho(a)	Grau de parentesco	Idade do filho(a)	Tipo de deficiência	Etiologia da deficiência	Habilitações literárias do participante	Profissão do participante	Responsável prática AF?
E24	Masculino	Masculino	Pai	24	Paralisia Cerebral	8 anos/acidente	9º ano	Funcionário autárquico	Não
E25	Feminino	Feminino	Avó	6	Paralisia Cerebral	2 anos/ hemorragia pulmonar	9º ano	Reformada	Não
E26	Masculino	Feminino	Pai	8	DI	Detetado aos 3 anos	Mestrado	Urbanista	Sim
E27	Feminino	Masculino	Mãe	10	Síndrome de Angleman	Nascença	12º ano	Operadora de caixa	Não
E28	Feminino	Masculino	Mãe	8	Paralisia Cerebral	Nascença/Parto	Licenciada	Desempregada	Não
E29	Masculino	Feminino	Pai	26	Síndrome de Rett	1 ano	5º ano antigo/Industrial	Desempregado	Sim
E30	Feminino	Masculino	Mãe	10	Cegueira	Nascença	Licenciada	Funcionária da Câmara de Matosinhos	Sim

Verificamos que existe uma grande diversidade de deficiências no presente estudo, designadamente: Autismo, Cegueira, Deficiência Intelectual, Hiperlaxidez/Descoordenação Motora, Paralisia Cerebral, Síndrome de Angelman, Síndrome de Asperger, Síndrome de Huntington-gilford, Síndrome de Rett, Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e Trissomia 18 em Mosaico. O mesmo se constata no tipo de etiologia da deficiência e ainda nas habilitações literárias dos entrevistados. Para o efeito do presente estudo, esta diversidade é positiva, uma vez que permite uma abordagem mais ampla, no sentido de incluir diferentes aspetos e permitir a obtenção de diferentes perspetivas sobre a temática em estudo.

Foi igualmente importante perceber se todos os filhos e netos praticam, ou se já praticaram, AF, distribuindo-se o tipo de prática da seguinte forma:

Quadro 10 – AF praticada pelos filhos e netos.

AF	Nº de praticantes
Atividades aquáticas	18
Atividades equestres	22
Aulas de EF	7
Voleibol	1
Ginástica de Manutenção	5
Boccia	1
Fitness	4
Atividades recreativas e de lazer	9
Basquetebol	3
Futebol	1
Ténis	2
Dança	2
Sessões de psicomotricidade	2
Orientação e mobilidade	1

Através do Quadro 10 verifica-se que existem filhos e netos que praticam mais do que uma atividade, sendo que as atividades mais praticadas são as atividades aquáticas, que incluem atividades como Hidroterapia e Natação Adaptada. Também se destacaram as atividades equestres que

incluíam Hipoterapia e Equitação Terapêutica. No que se refere às atividades equestres, é natural que o número de praticantes seja elevado no presente estudo, uma vez que grande parte das entrevistas decorreram no Pony Club, IPSS que presta esse mesmo serviço. A AF identificada através de Atividades de Recreação e Lazer, representa uma atividade que é realizada, não de uma forma formal, correspondendo a atividades como Caminhadas, Jogos de Futebol em família.

### 2. Procedimentos e instrumentos de recolha

#### 2.1 Recolha de dados

A escolha da metodologia a utilizar prendeu-se com o facto de o presente estudo ser de um cariz social, com ênfase nas palavras e sentidos, não na quantificação de dados, sendo que foi utilizado a metodologia qualitativa (Bryman, 2008). A investigação qualitativa é descrita como sendo flexível, interativa, natural e resulta em grandes descrições que refletem a forma como a recolha de dados é realizada (Gibson e Brown, 2009).

Dentro desta abordagem foi selecionado o método de entrevista, uma vez que se pretendeu analisar e aprofundar a opinião dos entrevistados, tendo em conta as suas experiências pessoais e vivências. Segundo Gibson e Brown (2009), o objetivo de métodos que envolvem a realização de questões diretas aos participantes é o de criar discursos com foco analítico, que permitam a exploração de determinados assuntos de investigação.

Neste estudo, o tipo de entrevista utilizada foi a semiestruturada ou semidiretiva, que segundo Queirós e Lacerda (2013) é o tipo de entrevista mais utilizado na investigação qualitativa.

O guião da entrevista do presente estudo é constituído por seis questões de resposta aberta, e ainda por algumas questões fechadas com o intuito de recolher dados para caracterização do grupo de estudo. No guião foram questionados vários temas relativamente à participação na AF por parte dos filhos e netos, nomeadamente: a importância da AF; o conhecimento da realidade da AFA; as barreiras na participação de AF; e, por fim, que aspetos consideram necessários numa organização de AFA.

A realização do guião de entrevista foi um processo que passou por várias fases, sendo que a primeira fase foi a de uma pesquisa bibliográfica algo extensa, com o intuito de esclarecer todos os pontos que se queria incluir no presente estudo e se os mesmos se enquadravam nos objetivos finais. Numa segunda fase, foi escrito o primeiro guião (presente em Anexo II), que foi alterado e validado por um painel de peritos das áreas da Atividade Física

Adaptada e Pedagogia do Desporto. Numa terceira fase foram realizadas 3 entrevistas piloto. Esta última etapa pretendeu certificar, tanto a compreensibilidade e adequação das questões, tal como a qualidade da informação recolhida, ou seja, verificar se dava resposta aos objetivos definidos (Cunha et al., 2014). Após a realização das entrevistas piloto foram feitas novas alterações ao guião e foi realizada uma última entrevista piloto, que por se tornar adequada aos objetivos do estudo, foi considerada entre as entrevistas a analisar. Ficou assim concretizado o guião final de entrevista (Anexo III).

As entrevistas foram realizadas nas instalações do Pony Club e do CIAD, respetivamente, na sua globalidade, em sítios calmos e silenciosos, para que o ambiente ficasse favorável à realização da entrevista. Presidiu um esquema prévio de entrevista: o guião de entrevista. No entanto, a ordem pela qual os temas foram abordados foi livre e quando os entrevistados não abordavam um tema, a entrevistadora voltava a propor esse tema, algo que aconteceu diversas vezes ao longo das entrevistas do presente estudo. Existe, nesta medida, um quadro de referência para os entrevistados se guiarem e poderem limitar o seu discurso ao que o entrevistador questiona, diminuindo, assim, a ambiguidade que existiria comparando com a entrevista livre (Queirós e Lacerda, 2013). Contudo, a investigadora tentou enquadrar os seus interesses, já previamente definidos com as restantes autoras, nos tópicos que se desenrolam ao longo da entrevista, em vez de forçar os entrevistados a enquadrar as suas ideias numa ordem específica das questões pré-definidas (Gibson e Brown, 2009), o que permitiu o desenvolvimento de uma maior naturalidade no discurso e na conversa que a entrevistadora quis gerar. Para facilitar esse processo, Gibson e Brown (2009) referem que o entrevistador poderá dar exemplos da sua própria vivência dentro dos temas abordados, quebrando alguma barreira inicial relativamente ao tema proposto e de certa forma conduzir o inquirido para uma determinada direção, que esteja mais relacionada com os objetivos do investigador. Em variados casos, quando os entrevistados não entendiam a questão, havia esta inclusão de exemplos para facilitar o processo de resposta. No presente estudo verificou-se que estas “dicas” ao inquirido foram muito importantes para chegar a temas, que de outra

forma os entrevistados não teriam abordado. Segundo Gibson e Brown (2009), os investigadores estão livres de incentivar os inquiridos para mais informação em determinados assuntos, para os explorar de uma forma mais discursiva e não tão estruturada, e ainda, explorar assuntos que possam surgir como novos tópicos que não foram incluídos no guião inicial, algo que no presente estudo aconteceu de uma forma bastante natural.

Houve alguns constrangimentos relativamente à disponibilidade horária dos pais e avós, mas os profissionais tanto do Pony Club, como do CIAD, prestaram uma grande ajuda nesse sentido, para que fosse possível realizar o máximo número de entrevistas. Da parte do Pony Club, a seleção dos pais e avós para o estudo foi feita por parte da Terapeuta e no CIAD, pela Psicóloga. Esta situação foi muito importante, uma vez que estas profissionais conheciam os entrevistados, escolhendo aqueles que estariam mais abertos e capazes de participar no presente estudo.

A realização das entrevistas decorreu entre os meses de Fevereiro e Abril de 2016. No presente estudo optamos pela modalidade de recolha de dados áudio e gravação de entrevistas, com o gravador Olympus VN-731PC. A duração das entrevistas oscilou entre os 4 e os 50 minutos de duração, sendo que na sua média tiveram duração aproximada de 15 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas com o prévio consentimento dos participantes, através da assinatura do termo de consentimento (Anexo IV). A utilização de gravador permitiu um grande foco na entrevista realizada com o inquirido, o que permitiu analisar da melhor forma a conversa que decorria, tornando o ambiente o mais natural possível, como que numa troca de ideias descontraída.

### **2.2 Procedimentos de análise das entrevistas**

Foi utilizada uma análise temática indutiva (Bryman, 2008). O primeiro passo neste processo de análise foi a transcrição. Segundo Gibson e Brown (2009), a transcrição é uma forma de representação e deve ser considerada

como tal. No seguimento dessa ideia, o processo de transcrição das entrevistas realizadas não se limitou a escrever o que os pais e avós disseram ou fizeram, envolveu também realizar interpretações analíticas acerca do que representar e como o representar, e escolher apresentar ou focar determinados detalhes de uma conversa, ação ou interação em vez de outros. Uma das preocupações iniciais, foi o modo como a transcrição seria realizada, sendo que muitos investigadores realizam transcrições literais do que foi gravado. No entanto, no presente estudo fez-se uma abordagem diferente.

No presente estudo a transcrição realizada de uma forma não literal, foi uma transcrição onde houve uma interpretação das palavras dos inquiridos e foi completada com alguns excertos literais, com menção cronológica, de momentos e frases que continham ideias importantes para o estudo (Gibson e Brown, 2009).

Mais tarde no processo, foi realizada uma seleção do que seria relevante para o estudo, pelo que foi utilizado uma tipologia de transcrição híbrida entre a *indexical* e a *unfocused*. A transcrição *indexical* envolve produzir uma espécie de índice com uma cronologia relativamente aos dados recolhidos, enquanto a *unfocused* permite criar um registo do que aconteceu dentro de um determinado discurso ou ação (Gibson e Brown, 2009).

A informação contida nas entrevistas foi submetida a uma análise de conteúdo por recurso a procedimentos indutivos (Bryman, 2008) e de análise de Glaser e Strauss (1967) e Strauss e Corbin (1990), percorrendo as três fases de criação dos temas principais: *open coding*; *axial coding* e *selective coding*. O processo de *open coding*, resultou na leitura, divisão, comparação, conceptualização e categorização dos dados recolhidos. O *axial coding*, segunda fase de definição dos temas, consistiu na associação entre os termos que resultaram do *open coding*. Por fim, o *selective coding* foi o processo que permitiu identificar os temas principais do estudo. Existiu assim um processo evolutivo no reconhecimento dos temas a ser analisados no presente estudo. Após leitura das transcrições, foram, inicialmente, identificados os conceitos presentes nas entrevistas, depois agrupados, formando os subtemas e por fim



surgiram os temas principais a ser analisados na apresentação e discussão dos resultados.

Os temas que emergiram da análise acima descrita foram:

- Expectativas iniciais sobre a participação de pessoas com deficiência na prática de AF;
- Realidade sobre a participação de pessoas com deficiência na prática de AF;
- Da realidade às expectativas futuras sobre a participação de pessoas com deficiência na prática de AF.

Os dois primeiros subdividiram-se nos seguintes temas:

- Benefícios da prática de AF;
- Barreiras à prática de AF;

No tema das expectativas iniciais, é descrito aquilo que os pais e avós acham que existe relativamente à prática de AF, benefícios que poderão surgir através desta prática e barreiras que consideram que existem, mesmo não as tendo experienciado. No tema da realidade, é descrito aquilo que os pais e avós vivenciam através da participação dos seus filhos e netos, nomeadamente as condições em que praticam e vivenciam estas atividades, os benefícios que decorrem das atividades e ainda as barreiras que experienciam no dia a dia. No terceiro e último tema, é descrito o que os pais e avós consideram que deveria existir para a prática de AF por parte dos seus filhos e netos.

A evolução do processo de tematização indutiva dos dados é demonstrada na figura 2:

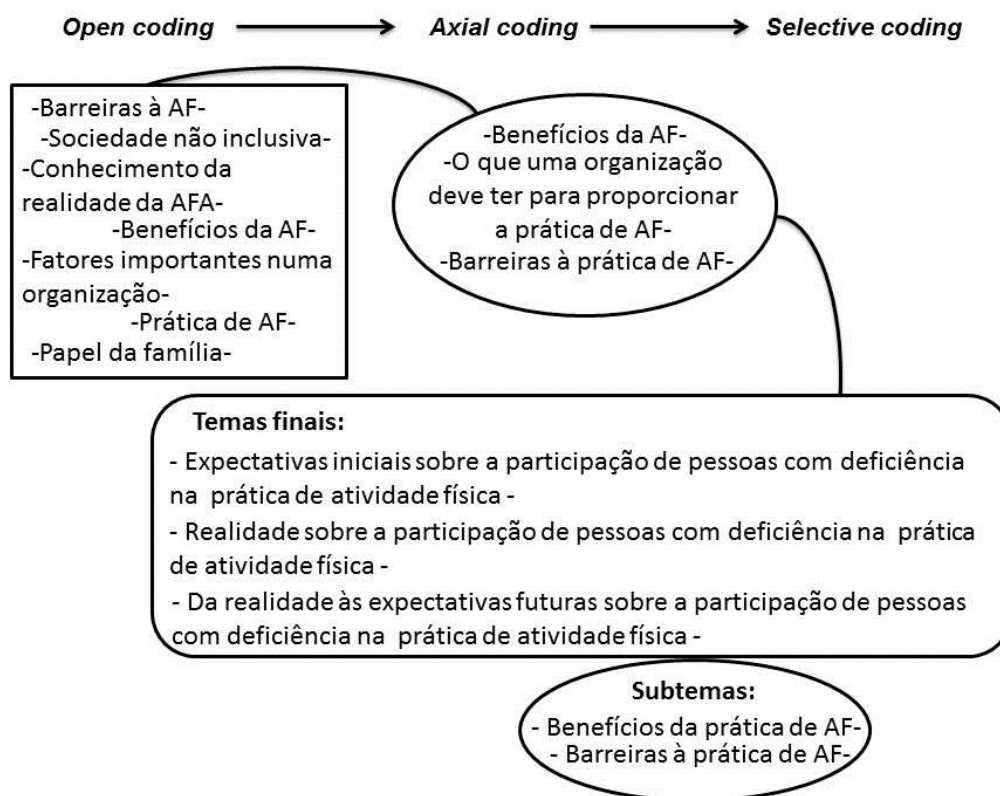


Figura 2 – A evolução do processo de tematização indutiva dos dados

## **Capítulo IV - Apresentação e Discussão dos Resultados**



### **Apresentação e Discussão dos Resultados**

No presente capítulo desenvolveremos os três grandes temas que emergiram da análise dos dados recolhidos, em resposta aos objetivos definidos para o presente estudo. Os temas que emergiram são os seguintes: expectativas iniciais sobre a participação de pessoas com deficiência na prática de AF; realidade sobre a participação de pessoas com deficiência na prática de AF; e, por fim, da realidade às expectativas futuras sobre a participação de pessoas com deficiência na prática de AF. O primeiro tema a ser abordado reporta-se às expectativas iniciais dos pais e avós, sendo os restantes apresentados seguidamente e respeitando a ordem enunciada.

#### **1. Expectativas iniciais sobre a participação de pessoas com deficiência na prática de atividade física**

Nas várias entrevistas, os pais e avós demonstraram ter uma expectativa inicial relativamente à participação na AF, criada em virtude das experiências vividas até então com os seus filhos e netos.

Inicialmente, os entrevistados referiram as expectativas que têm relativamente aos benefícios que a prática de AF pode trazer aos seus filhos e netos, assunto que desenvolveremos em seguida.

##### **1.1 Benefícios da prática de atividade física**

As expectativas iniciais reveladas pelos entrevistados variam entre expectativas mais específicas e gerais. Em duas entrevistas, os pais referiram que qualquer AF que os filhos pudessem praticar era muito bom para os mesmos, não especificando quais os benefícios diretos, mas reforçando uma importância global. No entanto, na maioria das entrevistas, foram discriminados diversos benefícios, uns mais comuns e universais, outros atendendo às suas experiências singulares. Os vários benefícios expectados pelos entrevistados,

decorrente da prática de AF dos seus filhos e netos, passaram pelos benefícios psicológicos e fisiológicos.

Reportando-nos às entrevistas, a nível psicológico, um dos pais considera e espera que através da AF e da interação com outras crianças, a sua filha, que possui um transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), possa ficar mais calma, nomeadamente que a filha consiga: “no fundo que esta perca um pouco da energia que tem” (excerto retirado da E4, p.1). Segundo Sharma et al. (2006), que realizou um estudo com indivíduos com patologias na saúde mental, a prática de AF ajuda a regular o sono, melhora o vigor e os níveis de energia da pessoa. Apesar disso, com a prática de AF, o dispêndio de energia realizado na atividade poderá catalisar toda a energia da criança para essa atividade, no fundo o que o pai procura que aconteça com a sua filha. Em variados estudos foram descritos os benefícios que a AF proporciona na execução de tarefas por parte de crianças hiperativas, um dos sintomas do TOC, alterando a estrutura do cérebro e a sua funcionalidade, particularmente a região frontal do cérebro. Isto é de particular importância para crianças com esta patologia, uma vez que a hiperatividade pressupõe um défice do lobo frontal do cérebro, o que afeta as manifestações cognitivas e de comportamento (Castellanos e Tannock, 2002; Durstin, 2003).

Ainda ao nível psicológico, é descrito por uma entrevistada que a AF é muito importante para as pessoas com deficiência, que acabam por ver nesta atividade: “uma fuga, no fundo, um escape” (excerto retirado da E18, p.1). Com efeito, a AF é uma forma de libertar as nossas emoções e de escapar dos deveres do dia a dia (Royal College of Psychiatrists, 2016).

As restantes expectativas mencionadas ao longo das entrevistas, apontam para benefícios fisiológicos da prática de AF.

Nesse sentido, uma mãe referiu que já pensou em atividades que poderiam ajudar a sua filha a ganhar força muscular, um aspecto que já é desenvolvido pela Hipoterapia, mas que esta sente que poderia ser complementado por mais alguma atividade. Já noutra entrevista, onde o filho não participa em nenhuma AF formal, a mãe referiu:

## Capítulo IV - Apresentação e discussão dos resultados

“Seria importante o meu filho praticar AF, uma vez que ele não tem muita mobilidade a nível físico, mesmo relativamente à sua postura.”

(Excerto retirado da entrevista E30, p. 2)

A falta de AF, como já referido, tem efeitos nefastos na nossa saúde e os pais e avós não deixaram de manifestar essa preocupação. Aliás, mostraram o seu receio relativamente a um possível retrocesso no estado de saúde dos seus filhos e netos, por não praticarem AF. Um exemplo concreto foi-nos apresentado por uma entrevistada, mãe de uma jovem adulta com Síndrome de Rett, que demonstrou muita preocupação quando a filha teve de abandonar a Hipoterapia, havendo hipótese de um retrocesso na sua condição de saúde, que até ali tinha melhorado com a participação nessa atividade. No entanto, não foi a única a revelar a sua expectativa relativamente ao impacto que a falta de AF pode ter na vida do seu filho. De facto, numa outra entrevista, um pai mencionou:

“A prática de AF é importante para todos, mas para crianças em desenvolvimento é muito importante, uma vez que sem esta elas poderão sentir-se menos capazes, o que também os poderá retrainir na relação com os seus pares.”

(Excerto retirado da entrevista E8, p.2)

Em síntese, os benefícios referidos no contexto das expectativas iniciais foram a maior calma e relaxamento, a libertação das emoções e do stress diário, o desenvolvimento muscular, correção da postura, o receio de retrocesso no estado de saúde e a diminuição de autoestima e de relacionamento com os pares no caso de falta de AF.

No decorrer das entrevistas, as expectativas dos entrevistados não se prenderam unicamente aos benefícios da prática de AF, mas também às suas barreiras. Neste contexto, foram evidenciadas algumas barreiras à participação na AF.

### 1.2 Barreiras à prática de atividade física

O presente subtema remete-nos para as expectativas que os pais e avós têm relativamente às dificuldades para a prática de AF.

A primeira grande barreira prende-se com a própria expectativa dos entrevistados relativamente às capacidades dos seus filhos e netos para integrar determinado tipo de atividades. Este facto vai de encontro aos resultados dos estudos de Martin (2009), em que o autor constatou que os pais de crianças com deficiência eram demasiado protetores. Esta necessidade de proteção extrema, também identificada no presente estudo, é reveladora da preocupação que os pais e avós têm quanto à falta de capacidades dos seus filhos e netos, o que poderá afetar a participação e integração positiva nas atividades.

Esta situação foi descrita por vários entrevistados, nomeadamente por uma das mães que referiu o facto de, à partida, a filha não ter tanta capacidade física: “e, portanto, não encontrar o seu lugar” na AF (excerto retirado da E9, p.2). Na mesma linha de ideias, na entrevista E10, o pai refere que tem medo da reação do filho se este fosse para um clube e que, por isso, prefere não o colocar. Mesmo na condição hipotética do seu filho poder ser acompanhado pelos pais e por profissionais, o pai mantém a opinião de que o filho não tem capacidade para integrar atividades desportivas, em contexto formal. Outros exemplos surgem quando muitos entrevistados referem que as suas filhas pedem para ir para a Dança ou Ballet, no entanto, estes não as colocam por acharem que estas não seriam capazes de acompanhar as aulas. Um exemplo concreto é retirado de uma entrevista, onde o pai relata a experiência que tem da sua filha com deficiência intelectual:

“A minha filha pede para fazer várias atividades, chegou a pedir para ir para o Ballet, no entanto, sei que tudo o que tenha uma enorme disciplina, não é possível para ela. Eu acho que ela não ia aguentar.”

(Excerto retirado da entrevista E26, p.2)



Numa outra entrevista, a mãe refere que muitas vezes não é a atividade em si que a filha não consegue executar, mas sim a logística que envolve praticar AF. Com efeito, “apesar dela ser bastante autônoma, necessita de ajuda para se vestir, um problema que numa atividade como o Karatê seria facilitado por ser um equipamento largo, mas noto que precisa de apoio de alguém para essa situação” (excerto retirado da E5, p.1).

No caso da entrevista E21, surgiu uma expectativa distinta, onde o pai sente que o filho, por ter demasiada capacidade física, não deve praticar AF na instituição. Este entrevistado refere que como as pessoas da instituição têm deficiências profundas, a aula de ginástica de manutenção que proporcionam na instituição acaba por ser uma aula sem grandes esforços, achando que não é benéfico para o seu filho.

Para além da preocupação quanto à falta de capacidade dos seus filhos e netos na participação na prática de AF, os entrevistados salientaram a falta de capacidade demonstrada pelas próprias organizações para prestar um serviço adequado às suas necessidades. Uma das entrevistadas relata que muita da dificuldade na integração da sua filha, que possui Trissomia 21, ocorre pela falta de preparação das pessoas para receber a filha, dizendo que têm medo e por isso preferem nem ter de lidar com a situação.

Nesse contexto, esta falta de preparação é relatada por outro entrevistado que queria colocar o filho numa equipa de Basquetebol ou Futsal, mas não consegue porque diz que os clubes não estão preparados. Continua por dizer que não estão vocacionados para as pessoas com deficiência: “muitas vezes não estão preparados para lidar com gente dita normal, quanto mais pessoas com deficiência” (excerto retirado da E24, p.4). O pai ainda acrescenta que o filho, antes de ter o acidente, era atleta de Judo e que está sempre a pedir para voltar, mas o pai tenta protegê-lo dessa situação porque sabe que eles não estão preparados para o receber e o seu filho iria ficar desiludido. Mesmo quando se tratam de atividades direcionadas para pessoas com deficiência, existem diferenças entre as várias deficiências e, muitas vezes, aquelas que se encontram em cadeira de rodas acabam por não ter as mesmas oportunidades que os outros, precisamente pela falta de condições

proporcionadas nos locais de prática. Este exemplo é referido pela seguinte entrevistada:

“Se eles são todos iguais, têm de ter as mesmas oportunidades. A minha filha, por ter cadeira de rodas, não tem as mesmas oportunidades! Eles estão tão limitados naquilo que podem fazer, tão limitados, que pelo menos aquilo que podem, deveriam ter acesso”.

(Excerto retirado da entrevista E12, p.3)

Através destes vários exemplos, fica patente uma preocupação comum quanto à integração dos filhos e netos nas organizações e nas atividades de carácter desportivo, por considerarem que estas não estão preparadas para os receber da melhor forma. Esta apreensão é reveladora da falta de confiança dos entrevistados nalguns serviços prestados na AFA. Este sentimento poderá ser ainda agravado pelo facto de muitas vezes haver falta de conhecimento da realidade relativamente à oferta existente.

A este respeito, um dos entrevistados refere: “não é fácil encontrar locais adaptados, uma vez que o meu filho poderá ter reações como começar aos berros, que é algo que as pessoas não compreendem e não é fácil gerir essa situação. Se calhar existem locais onde poderíamos ir com ele, mas ficam longe” (excerto retirado da E8, p.3).

Adicionalmente, alguns entrevistados revelaram ainda falta de conhecimento relativamente à AF. Uma das entrevistadas refere que, infelizmente, o seu filho não pratica muita AF, realçando que a marcha do filho não está muito desenvolvida, pelo menos como poderia estar, precisamente pela falta dessa vertente na sua vida. Neste contexto, salienta: “eu também nunca encontrei ninguém para me dizer qual era o desporto ideal para o meu filho. Será que é a Natação, para ter postura? Será que seria o Hipismo?” (excerto retirado da E30, p.1), acrescentando que o próprio médico nunca referiu que seria bom para o seu filho praticar um desporto.

As expectativas iniciais relativas às barreiras para a prática de AF devem ser conhecidas pelas organizações para causarem impacto nos seus serviços, tentando ir de encontro às expectativas positivas dos pais e avós.

Em síntese, as barreiras referidas foram a falta de capacidade dos próprios filhos e netos, a falta de capacidade por parte das organizações e a falta de conhecimento por parte dos pais e avós.

### **2. Realidade da participação de pessoas com deficiência na atividade física**

No presente estudo, todos os entrevistados referem que existe pelo menos uma AF praticada pelo seu filho ou neto, mesmo que esta atividade não tenha um carácter formal, facto já mencionado, mas que importa relembrar antes de prosseguirmos com análise e discussão do tema realidade.

Relativamente às atividades desportivas informais, alguns entrevistados assumem incentivar a sua prática, querendo colmatar a falta de mobilidade dos seus filhos ou netos. Neste contexto, enquadram-se as atividades recreativas e de lazer, praticadas em conjunto com a família, como relatado na entrevista E30, em que a mãe expressa que desporto, concretamente, o seu filho não faz. No entanto, realiza uma caminhada, pelo menos uma vez por semana, em conjunto com a sua família. Um exemplo semelhante é apresentado a partir do seguinte excerto: “Nós também tentamos em casa puxar um bocadinho por ele e na rua” (excerto retirado da E8, p.1). Estes relatos vão ao encontro do estudo de Modell, Rider e Menchetti (1997), onde os autores afirmam que mais de metade da AF praticada por crianças com deficiência é praticada em contexto familiar.

Neste contexto, verifica-se que o papel da família é fundamental na participação das pessoas com deficiência, como é também descrito por Beets et al. (2007), que refere a importância da motivação que os pais proporcionam para os seus filhos praticarem AF. Porém, na questão do papel de modelo parental como exemplo a seguir, no presente estudo, verificou-se que 14

entrevistados são ativos e praticam AF e 16 não praticam. Isto sugere que a ideia de modelo não é tão significativa no nosso estudo, como descrito por Wang e DePauw (1995) no seu estudo realizado com atletas com deficiência. Porém, outros autores reforçam os resultados obtidos no nosso estudo, referindo que as crenças dos pais podem ser, só por si, suficientes para alterar os níveis de AF dos seus filhos, sem terem de mudar o seu próprio comportamento (Pitchford, Siebert, Hamm e Joonkoo, 2016). Os autores acrescentam ainda que, no caso específico da deficiência, podem existir maiores dificuldades na mudança de hábitos, pelo facto de terem uma pessoa com deficiência à sua responsabilidade.

Nesta medida, muitos dos entrevistados não deixaram de referir que a prática de AF é igualmente importante para a sua própria saúde. Em duas entrevistas é referido que a prática de AF é fundamental, considerando muito importante que seja praticada por todos. Numa das entrevistas está presente o seguinte excerto: “Acho importante para toda a gente, eu sou a primeira a praticar desporto porque acho que é essencial para a minha saúde” (excerto retirado da E9, p.1).

Apesar de duas entrevistadas terem expressado que consideram a prática de AF como algo que tem um papel fundamental na vida de todos, a maioria realça a importância que tem na vida dos seus filhos e netos, em particular. Em quase todas as entrevistas, participação na AF é realizada de forma regular em atividades desenvolvidas nos contextos das associações, IPSS's ou clubes.

Segundo Anderson e Heyne (2010) a AF tem maior importância das pessoas com deficiência. Muitos entrevistados referiram que para estas pessoas a prática de AF tinha um impacto maior. Na primeira entrevista a mãe refere que a prática de AF é importante para todas as crianças, no entanto, para o seu filho, é ainda mais devido à sua condição.

Ao longo das entrevistas, ficou patente a elevada importância que os entrevistados atribuem à prática de AF nesta população. Neste sentido, talvez o conhecimento das perspetivas parentais sobre os benefícios provenientes da AF nos possa ajudar a explicar as razões pelas quais as pessoas com

deficiência são ativas ou inativas (Pitchford, Siebert, Hamm e Joonkoo, 2016). Neste sentido, parece-nos fundamental que os familiares próximos de pessoas com deficiência sejam detentores de uma forte crença na importância da AF, o que irá ter um impacto positivo na sua participação.

### 2.1 Benefícios da prática de atividade física

O conhecimento dos benefícios da prática de AF, que os pais e avós percebem através da prática dos filhos e netos, influenciará os próprios a criar maiores oportunidades para a prática. Neste contexto, a investigação que permite conhecer as várias vantagens da AF, permitirá aos profissionais fundamentar a importância da AF e sustentar as suas recomendações (Johnson, 2009).

No decorrer das entrevistas foram referidos vários benefícios decorrentes da prática de AF. A sua diversidade e o número elevado de referências a este assunto sustentam a importância que estes assumem para os entrevistados. Estes benefícios manifestam-se a nível social, psicológico e fisiológico.

Os benefícios sociais que provêm da AF são de grande importância, uma vez que a interação das pessoas com deficiência com os seus pares é algo que, muitas vezes, é um obstáculo. Com efeito, uma das entrevistadas refere que o seu filho acaba por ser excluído das atividades com os colegas por não ter as mesmas capacidades, o que o deixa muito em baixo. Utilizando as palavras da mãe: “quase que é *bullying*” (excerto retirado da E1, p.3). Este tipo de acontecimento afeta a vida social das pessoas com deficiência. Neste contexto, a visibilidade de uma deficiência ou a percepção de falta de capacidade aumenta, claramente, a distância social e compromete a inclusão das pessoas com deficiência.

A este respeito, encontramos ainda opiniões contrárias, destacando que através da AF, é possível interagir de uma forma natural e estabelecer laços com todos os que estão envolvidos na atividade, quer seja com os seus colegas, com os seus professores, ou outros indivíduos que estejam presentes

nessas atividades. Quando existe um contacto mais próximo com pessoas com deficiência que permite a partilha de momentos de maior familiaridade e experiências de vida, as atitudes negativas, o estigma e a distância social parecem ser diminuídas (Mitchell et al., 1993; Grayson e Marini, 1996). Assim, alguns pais e avós referem que a AF tem um impacto positivo na vida social dos seus filhos e netos, sendo capazes de influenciar o meio social próximo, como é referido por uma avó entrevistada. Esta considera a AF importante em várias vertentes, não só porque permite ao seu neto contactar com outras pessoas, bem como interagir com outros contextos, mas também usufruir de espaços sociais diferentes. Numa outra entrevista, uma mãe refere que o seu filho, quando vai às provas de Natação, se sente sempre motivado a alcançar o primeiro lugar, sendo o incentivo dos colegas de equipa o grande fator motivacional neste caso.

Nesta perspetiva, foram vários os entrevistados que destacaram o aspeto relacional com os pares como muito importante:

“Além de em termos físicos e motores ser importante, também é sobre o ponto de vista de integração e interação com os outros.”

(Excerto retirado da E26, p.1)

Em síntese, ao longo das entrevistas foram referidos diversos benefícios sociais experienciados pelos filhos e netos, tais como a interação com os outros, vivências em diferentes contextos sociais, motivação proporcionada pelo apoio dos pares e integração promovida pela prática de AF.

O aspeto social da AF cria uma dinâmica na vida da pessoa que lhe permite melhorar aspetos da vida, nomeadamente o seu estado psicológico.

Do ponto de vista psicológico, a AF pode ter um impacto positivo na forma como os indivíduos sentem o seu corpo, ajudá-los a combater os estigmas da sociedade comumente vividos pelas pessoas com deficiência, elevar os seus sentimentos positivos e melhorar os níveis de confiança (Blinde e McClung, 1997; Giacobbi et al., 2006; Pensgaard e Sorensen, 2002; Taub, Blinde e Greer, 1999). Neste sentido, um dos entrevistados, pai de um jovem adulto com Paralisia Cerebral, realçou a importância da prática de AF no ganho

## Capítulo IV - Apresentação e discussão dos resultados

de confiança por parte do filho, ajudando-o a ultrapassar o acidente que vivenciou. O mesmo pai referiu: “suponho que foi fundamental, não só na parte física, mas também na parte mental. O bem-estar proporcionado nas diferentes atividades que desenvolveu. Conseguiu grandes vitórias e foi importante que ele conseguisse ultrapassar limites, que tinha, se calhar, como assumidos que não conseguia!” (excerto retirado da E24, p.2). Ainda na mesma entrevista, o pai acrescenta que a AF é muito importante para o desenvolvimento cognitivo. A ideia de ter o seu filho parado, não aceita: “parado não, parado não quero” (excerto retirado da E24, p.2). Callaghan (2004) reforça esta ideia, referindo que a AF pode melhorar a autoestima, como mencionado por uma mãe que verificou esse aumento na sua filha, assim que esta começou a praticar AF.

Segundo Callaghan (2004), num estudo na área da saúde mental, a prática de AF melhora o desenvolvimento cognitivo. Estes resultados foram de encontro ao nosso estudo, sendo que alguns dos entrevistados referiram este benefício. De acordo com uma mãe, a sua filha aprendeu a terminar as suas tarefas, ou se possível, realizar duas tarefas seguidas: “se forem coisas mais apelativas, ela consegue fazer melhor do que se forem coisas abstratas” (excerto retirado da E14, p.1). Tomemos ainda como exemplos deste facto os excertos que se seguem:

“A nível do desenvolvimento dele, a nível muscular, a nível de concentração, as práticas desportivas exigem bastante dele, que é o que ele precisa.”

(Excerto retirado da E3, p.1)

“Notamos que ela está mais atenta, por se insistir muito com ela. São crianças que precisam muito de rotinas e de repetir várias vezes as coisas para conseguir assimilar”

(Excerto retirado da E7, p.1)

Por fim, Callaghan (2004) defende que a prática de AF ajuda a diminuir estados de ansiedade, depressão e estados de humor negativos. No caso das pessoas com deficiência, ajuda-as a ganhar maiores níveis de confiança e a sentirem-se felizes. De facto, num estudo de Martin et al. (2009), os pais

referem dar o seu apoio na prática de AF aos filhos com deficiência, uma vez que verificaram que estes são felizes durante essa prática. Este facto foi descrito em várias entrevistas, nomeadamente por um pai que retratou a felicidade do filho, afirmando que este gosta bastante da prática de Hipoterapia, uma vez que consegue executar o que lhe é solicitado: “não é demasiado difícil e, por isso, sente-se bem e costuma estar muito animado nas aulas” (excerto retirado da E8, p.1). O pai concluiu ainda referindo que a AF influencia o estado de ânimo e ajuda no descanso à noite. Outro exemplo surge numa entrevista onde a mãe considera que é muito importante para a filha praticar AF pelo equilíbrio e bem-estar que consegue atingir na sua vida.

Em suma, foram referidos pelos entrevistados diversos benefícios psicológicos, experienciados pelos filhos e netos, tais como a melhoria do bem-estar geral, o aumento da autoestima, a melhoria do desenvolvimento cognitivo, melhoria de confiança, e felicidade experienciada através da prática de AF.

Por fim, surgem os benefícios fisiológicos que, talvez por serem os que têm maior impacto e visibilidade, foram frequentemente relatados pelos entrevistados.

As consequências na saúde de indivíduos com deficiência que não praticam AF incluem a diminuição da capacidade de locomoção e consequente diminuição de independência (Nosek, et al., 2006; Goodwin, et al., 2004; Durstine, et al., 2000; McDonald, 2002; Draheim, 2006; Sutherland et al., 2002). Ao mesmo tempo, é consensual que as pessoas inativas têm maior risco de doença cardiovascular, diabetes do tipo 2, elevada tensão arterial, obesidade e osteoporose (Draheim, 2006; Sutherland et al., 2002). A este respeito, uma das entrevistadas, que é profissional de medicina, refere: “Eu acho que o desporto é importante para todas as pessoas, tanto a nível cerebral como a nível cardiovascular. É a única forma de aumentar as HDL do colesterol e as endorfinas, que faz libertar os neurotransmissores cerebrais” (excerto retirado da E19, p.1), enaltecendo a relevância da AF na prevenção de doenças e na melhoria do bem estar geral da pessoa.



As pessoas com deficiência têm ainda tendência para desenvolver doenças secundárias, onde se incluem a osteoporose, osteoartrites, diminuição do equilíbrio, da força, da resistência, da flexibilidade e o aumento da tendência para a obesidade (Craham e Reid, 2000; Rimmer, 1999). A este respeito, outro entrevistado refere que para a sua filha é muito importante a prática de AF, uma vez que esta tem necessidade de desenvolver os mecanismos responsáveis pelo equilíbrio, melhorando, efetivamente, esta capacidade motora.

Muitos dos entrevistados referem ainda que verificaram melhorias significativas ao nível da postura dos seus filhos, como consequência do reforço muscular alcançado através da prática de AF. Nas várias entrevistas, os pais e avós referiram isso como resultado da Hipoterapia. Numa entrevista, a mãe conta que o filho tem um problema na coluna, que lhe dificulta a marcha e a realização de determinados movimentos. Com a Hipoterapia, essas dificuldades foram ultrapassadas com o auxílio do movimento do cavalo e que refletiram-se na melhoria postural do seu filho. Ainda referente à Hipoterapia, uma avó de uma menina com Paralisia Cerebral referiu: “ela melhorou bastante a postura” (excerto retirado da E25, p.1). Resultados semelhantes foram encontrados por Bertoti (1988) em que o autor demonstrou, através do estudo da postura de 27 crianças com Paralisia Cerebral, a importância de um programa de Hipoterapia, concluindo que esta atividade ajuda na melhoria postural.

No entanto, para além da Hipoterapia, também foram referidas outras atividades pelos pais e avós como sendo benéficas, na realidade vivida pelos seus filhos e netos. Por exemplo, uma mãe mencionou que os médicos com especialidade em ortopedia e fisioterapia referiram que era muito importante para o filho praticar AF, no sentido de melhorar a sua postura, uma vez que ele não tinha massa muscular. Com a hiperlaxidez que possui, os médicos recomendaram a Nataação, uma vez que o iria ajudar a relaxar e ao mesmo tempo a desenvolver a sua coordenação motora. O mesmo foi reforçado por outra das mães entrevistadas, nomeadamente uma mãe que considera que é muito importante o seu filho praticar Nataação e Ginástica, uma vez que

promove o máximo de movimento: “tudo é mexido” (excerto retirado da E15, p.1).

O reforço muscular foi também referido em duas entrevistas, onde as entrevistadas consideram que a AF muito importante para o desenvolver da massa muscular dos seus filhos.

Os pais e avós também referiram que a prática de AF teve efeito direto na melhoria de determinadas patologias que os seus filhos e netos possuíam, o que revela, de forma evidente, os benefícios fisiológicos da AF. A este respeito, surgiram nas entrevistas vários exemplos, nomeadamente em dois casos de escoliose e num caso de falta de mobilidade no tendão de Aquiles. Nestes casos, os participantes descreveram o impacto positivo da AF.

Outra patologia comumente associada à deficiência é a obesidade, nomeadamente por falta de AF. Com efeito, condições crónicas e secundárias associadas à obesidade nas pessoas jovens com deficiência podem limitar a sua independência e as oportunidades para participar em atividades da comunidade, nomeadamente na prática de AF (Simeonsson, McMillen e Huntington, 2002). Esta patologia é igualmente referida por alguns pais e avós. Utilizando as palavras de uma das entrevistadas: “a ele só faz bem, para queimar isto tudo” (excerto retirado da E1, p.1), apontando para a barriga e sugerindo que o filho tem excesso de peso.

A adolescência é um período fulcral do desenvolvimento educacional dos jovens com deficiência e para os seus educadores. Em conjunto devem possuir controlo sobre os vários aspetos que determinam o seu peso e, consequentemente, reduzir o risco de obesidade e todas as condições associadas a isso (Rimmer, Rowland e Yamaki, 2007), uma vez que a obesidade em crianças e adolescentes com deficiência, é um problema sério com muitas consequências ao nível de saúde e a nível social, que na maioria dos casos, continuam até à vida adulta (Foxhall, 2006). Esta situação foi realçada por alguns entrevistados, sendo que no caso de uma entrevistada, a mesma demonstra preocupação com o peso do filho, valorizando a prática de AF no combate a essa situação.

Deste modo, dos benefícios fisiológicos referidos pelos pais e avós destacamos a melhoria de postura, a melhoria do equilíbrio, o desenvolvimento músculo-esquelético e o controlo de determinadas patologias, nomeadamente a obesidade.

Os benefícios percecionados pelos entrevistados, foram um aspeto bastante abordado, atendendo à sua elevada relevância.

Apesar do reconhecimento de todos os entrevistados de que a AF promove diversos benefícios, os baixos níveis de participação de pessoas com deficiência na prática de AF são preocupantes. Atendendo a esse aspeto, muitos investigadores procuram identificar as barreiras para a prática de AF (Martin, 2013).

### **2.2 Barreiras à prática de atividade física**

No presente estudo, as barreiras à prática de AF descritas pelos entrevistados foram elencadas em número elevado, o que denota a importância atribuída a este tema.

Segundo Martin (2013) existem barreiras que são percecionadas por todos, como por exemplo a falta de tempo para a prática de AF. No entanto, existem barreiras que são específicas e que afetam apenas as pessoas com deficiência.

Neste contexto, as barreiras pessoais foram as mais referidas pelos pais e avós, mostrando que muitas vezes o que limita as pessoas com deficiência a participar na AF são as suas próprias características. O mesmo aconteceu no estudo de Gardner et al. (2007), onde os participantes, neste caso os próprios indivíduos com deficiência, indicaram a sua deficiência e os sintomas associados à mesma como a principal barreira à prática de AF.

Este facto foi também visível no nosso estudo, quando duas entrevistadas referiram que as filhas não conseguem fazer muitos dos exercícios, alegando que a sua deficiência não lhes permite aprender e executar alguns gestos que para outras pessoas parecem básicos, mas para as suas filhas são um obstáculo. Em concreto, uma das mães refere que a sua

## Capítulo IV - Apresentação e discussão dos resultados

filha faz muito pouca coisa devido à Síndrome de Rett. Ela caminha bem, mas tem falta de mobilidade e alguns problemas ao nível de equilíbrio, o que cria algumas restrições na prática de AF. Acrescenta ainda que a filha não tem autonomia para se sentar sozinha e que necessita sempre de auxílio para se sentar e levantar. Ao mesmo tempo, numa outra entrevista, uma mãe refere que a prática de AF é: “muito complicada porque ele não é autónomo” (excerto retirado da E23, p.2), destacando a questão da dependência como impeditivo à prática.

Para além das barreiras pessoais a nível motor, existem ainda barreiras a nível social e psicológico que afetam a participação na prática de AF, como se pode verificar nos dois excertos que se seguem:

“Ele tem algumas dificuldades e como se apercebe disso, não se sente muito à vontade”.

(Excerto retirado da entrevista E8, p.1)

“Em primeiro lugar o meu filho tem tendência para se isolar e isso nós tentamos que ele não faça. Além de ter a maneira de ser de um Asperger, também tem a personalidade dele”.

(Excerto retirado da entrevista E16, p.2)

Muitas vezes o que também impede a participação das pessoas com deficiência na AF é o medo de se magoarem, ou os próprios pais terem esse mesmo receio (Scholl et al., 2003). Numa entrevista, uma mãe realça isso mesmo, dizendo que o seu filho tem alguns medos: “tem receio de dar o primeiro passo” (excerto retirado da E30, p.2). Relativamente ao medo sentido pelos pais, este ficou patente no excerto da seguinte entrevistada: “ele não controla o correr, não consegue jogar Futebol e eu tenho muito medo pela segurança dele” (excerto retirado da E1, p.2).

Depois da referência às barreiras relativas à própria deficiência, os entrevistados salientaram outra barreira pessoal, a falta de tempo, o que vai de encontro ao estudo de Zhu (2001) onde o autor a destaca como a segunda maior barreira à prática de AF. A maioria dos filhos e netos que fazem parte

deste estudo estão na escola ou frequentam uma instituição, tendo um horário bastante preenchido, um facto que dificulta a participação na AF. A este respeito, uma mãe refere que a filha passa o dia todo na instituição, não restando grande tempo para essas atividades. O mesmo se passa com a primeira entrevistada que refere: “os médicos ralham comigo”, porque “ele durante o dia não pára um segundo” (excerto retirado da E1, p.1), alegando que o filho também deve ter tempo para brincar. Com efeito, vários pais e avós referiram esta falta de tempo como uma barreira à prática de AF. Numa das entrevistas, um pai diz que a sua filha já tem um horário muito preenchido e considera que a filha também tem de ter tempo para fazer os trabalhos de casa. O mesmo acrescenta que esta já faz AF na escola e que isso basta. Muitos pais consideram mesmo esta como uma das maiores barreiras à AF, como referido no seguinte excerto:

“A maior barreira são mesmo os horários. As atividades de Natação e Hipoterapia são todas realizadas ao sábado por falta de disponibilidade durante a semana.”

(Excerto retirado da entrevista E3, p.1)

Esta falta de tempo nas pessoas com deficiência é ainda mais agravada por estas terem várias sessões de terapia e fisioterapia, como é referido pela seguinte entrevistada: “atualmente o que está a limitar mesmo é o tempo. Não quero sobrecarregar a minha filha. Ela tem um horário que inclui todas as terapias em que participa e não há como retirar alguma coisa do seu horário. Tudo é muito necessário. Para além de tudo isso, ela também tem de ter tempo para brincar” (excerto retirado da E5, p.2).

Em síntese, as barreiras pessoais referidas pelos pais e avós no presente estudo foram a própria deficiência que impede o filho ou neto de realizar determinados movimentos exigidos na prática, devido a problemas cognitivos ou motores. Outra barreira foi o medo, tanto do próprio praticante, como dos pais e avós que temem pela segurança dos filhos e netos. Por fim, a barreira da falta de tempo foi igualmente salientada por diversos participantes.

## Capítulo IV - Apresentação e discussão dos resultados

No presente estudo as barreiras sociais foram igualmente referidas, embora em menor número. Na literatura, num estudo realizado com 145 crianças com deficiência motora, estas viam o preconceito de terceiros como uma grande barreira à AF (Kang et al., 2007). Este preconceito e falta de compreensão da sociedade foi também referido por alguns dos nossos entrevistados, como é o caso de uma entrevistada que explica que a nível emocional o seu filho se magoa muito com os comentários dos pares, o que a preocupa bastante. Outro pai chega mesmo a referir que a sociedade não dá valor a estas pessoas que, na sua opinião, têm muito para oferecer: “quando estas pessoas fazem um espetáculo de dança, ninguém vai ver, só os pais” (excerto retirado da E22, p.3). Ainda no mesmo contexto, um pai dá a sua opinião quanto à falta de aceitação social: “as pessoas não aceitam, as pessoas rejeitam, as pessoas põem de parte e hoje em dia muitos deles acabam por ficar desprezados, sentem-se ultrapassados, sentem-se postos de parte e a revolta deles é muito grande” (excerto retirado da E24, p.4). Segue-se outro exemplo ilustrativo, através do seguinte excerto:

“Mesmo que o meu filho fosse melhor do que os colegas, porque o era, havia sempre o estigma relativamente ao facto de ter deficiência, sendo que era agravado em contexto de competição. A barreira não é o desporto, são as barreiras que estão à volta do desporto”.

(Excerto retirado da entrevista E15, p.3)

Para além desta falta de compreensão da sociedade, a própria deficiência muitas vezes não permite que seja possível a interação com os outros, tornando muito complicada a participação, por exemplo em desportos coletivos. Tal como referiu uma das entrevistadas, sempre foi complicado integrar a sua filha num desporto de equipa, onde na sua opinião: “se poderia juntar o útil ao agradável” (excerto retirado da E9, p.1), uma vez que ela necessita também de uma atividade onde esteja integrada e interaja com os pares. “Acho que, infelizmente, não é fácil e que se deveria reforçar muito, mesmo a nível de crianças e jovens” (excerto retirado da E9, p.2). Continua por dizer que a sua filha começou na Natação muito cedo e “só porque não fazia

tudo igual aos outros, pronto, ficava sempre para trás” (excerto retirado da E9, p.2).

Sob o ponto de vista social, a falta de amigos é também vista como uma barreira (Lieberman et al., 2006; Levinson e Reid, 1991), o que acaba por ser uma consequência da falta de capacidade de comunicação e de relacionamento com os pares. A título de exemplo apresentamos o excerto de uma entrevistada cuja filha tem Síndrome de Asperger: “esse é mesmo um dos problemas dela, ela não tem problema nenhum a nível intelectual, pelo contrário, é muito inteligente, agora a nível de interação é muito complicado” (excerto retirado da E2, p.2). O mesmo é verificado no excerto seguinte:

“A minha filha tem dificuldades em trabalhar em grupo, em obedecer a regras, mas se se insistir com ela, ela faz as coisas.”

(Excerto retirado da entrevista E4, p.2)

Ainda do ponto e vista social, foram apresentadas duas perspetivas diferentes relativamente à falta de independência da pessoa com deficiência. Por um lado, foi demonstrada a necessidade que os filhos e netos têm na presença constante dos seus pais ou avós, o que muitas vezes os impede de participar adequadamente nas atividades. Um exemplo concreto, está presente numa entrevista onde o pai refere que o seu filho tem uma enorme dependência do pai: “para onde eu for, ele vai” (excerto retirado da E22, p.3). Continua por dizer que mesmo que insista para o filho ir sozinho, o mesmo não aceita: “se não vais, eu também não vou” (excerto retirado da E22, p.3). Numa segunda perspetiva, ocorre a exagerada proteção dos pais em relação aos seus filhos, o que pode suprimir determinados comportamentos durante a infância, que depois terão repercussões na sua vida adulta. Esta excessiva proteção pode implicar, igualmente, a diminuição de oportunidades na participação na AF (Steele et al., 1996), uma situação comum a vários entrevistados:

## Capítulo IV - Apresentação e discussão dos resultados

“O nosso filho não sai de casa sozinho, mas ele também foi habituado assim. Refere que têm de estar com o filho para o proteger, uma vez que o filho não tem capacidades para andar sozinho.”

(Excerto retirado da entrevista E10, p.2)

Estas duas perspetivas, apesar de antagónicas, acabam por se influenciar mutuamente e de forma negativa. É necessário um certo cuidado para equilibrar a ajuda aos filhos, com a independência dos mesmos.

Em síntese, as barreiras sociais descritas pelos pais e avós são a falta de compreensão da sociedade e dos seus pares, a falta de capacidade de comunicação e relacionamento dos filhos e netos, a elevada dependência dos filhos e netos e o excesso de pais e avós.

Prosseguimos com a análise das barreiras ambientais. Neste caso, as pessoas com deficiência são impedidas de praticar AF por razões “materiais”, isto é, pela falta de condições e de acesso às atividades. Apesar de muitas vezes as instalações poderem estar disponíveis para pessoas com deficiência, frequentemente não estão bem localizadas (Tsai e Fung, 2005) ou são inacessíveis (Rimmer, 2005). A localização foi, de facto, uma barreira muito mencionada pelos entrevistados. Nesse contexto uma mãe refere: “moro em Gaia e vir para o Porto acaba por ser mais complicado” (excerto retirado da E20, p.1). No entanto, temos exemplos de entrevistados que sentem que apesar de isto ser uma barreira, acabam por conseguir ultrapassá-la, como é descrito na entrevista E3, onde a mãe refere que ser longe é uma barreira, uma vez que acarreta fazer várias viagens para levar o filho às atividades, mas fá-lo de qualquer forma.

Outro obstáculo que se impõe e que também foi referido pelos entrevistados, é a falta de meios de transporte. Este aspeto é referido por diversos entrevistados. Como refere um dos entrevistados: “o meu filho está completamente dependente de mim para se deslocar para qualquer lugar” (excerto retirado da E21, p.2). Outro testemunho surge de uma mãe que nos relatou que o filho com DI, perdeu a capacidade de andar em transportes públicos, começando a perder-se e necessita que a mãe o vá buscar à instituição. A situação piora, uma vez que o seu filho não entende os sinais de



trânsito e não compreende o risco de atravessar a rua. Por todos estes motivos a mãe considera que o filho não tem capacidade para fazer atividades fora da instituição: “se fosse há uns anos atrás, talvez, agora é impossível” (excerto retirado da E23, p.2). Esta questão de algumas pessoas com deficiência não entenderem os sinais de trânsito foi referido por mais entrevistados, o que limita a capacidade de se deslocarem de forma autónoma, sem que corram perigo. Na mesma linha de ideias, Martin e Choi (2009) referem que os filhos estão muitas vezes dependentes dos seus pais para o transporte, como se espelha nos seguintes excertos:

“As deslocações que são necessárias e o transporte são barreiras, uma vez que está sempre dependente da família para isso.”

(Excerto retirado da entrevista E13, p.2)

“O melhor são atividades que sejam na zona de residência, uma vez que o facto de ser longe e o trânsito são duas barreiras.”

(Excerto retirado da entrevista E14, p.2)

O tema da acessibilidade também foi referido por vários entrevistados, mas ao contrário do que se poderia esperar, não foi apenas mencionado por aqueles que lidam com baixa mobilidade.

Neste contexto, um caso específico é realçado por uma mãe refere que uma enorme barreira é o facto de os locais não estarem adaptados para receber pessoas com deficiência, como para o caso da sua filha que é Cega. Já numa entrevista onde a participante é mãe de uma jovem adulta que se desloca em cadeira de rodas, sugere que as pessoas que utilizam cadeira de rodas geralmente são as mais prejudicadas, ou porque não há transporte, ou por outras situações, como a falta de acessibilidade, considerando injusto essas pessoas não terem as mesmas oportunidades que aqueles que são mais autónomos.

No contexto das acessibilidades, a grande maioria das pessoas com deficiência consideram que locais como os parques, ginásios, piscinas e locais para praticar desporto são ambientes não acessíveis (Bullock e Mahon, 1995;

Cardinal e Spaziani, 2003; Figoni et al., 1998). A título de exemplo, uma das entrevistadas refere que encontra um problema comum em todas as piscinas, a falta de acessibilidade para pessoas com deficiência: “as rampas não existem, que são coisas que podem ser construídas logo de raiz. Já chateia falar nas barreiras arquitetônicas, porque já são tantos anos” (excerto retirado da E12, p.3). No entanto, para além das barreiras arquitetônicas, existem também outro tipo de barreiras ambientais que prejudicam a participação de pessoas com deficiência na AF, como é referido no seguinte excerto:

“Basta existir um ambiente diferente, com um pouco de música mais alta, ou muitas pessoas, que o meu filho já fica mais tenso e quer encontrar um local mais calmo. Qualquer coisa serve para ele se distrair, para ficar nervoso, ou ficar tenso.”

(Excerto retirado da entrevista E8, p.3)

Face ao referido, as principais barreiras ambientais referidas pelos pais e avós foram a distância dos locais de prática, a falta de transporte, falta de acessibilidades dos locais e os contextos ambientais desfavoráveis.

Por fim, o último tipo de barreira e que é a segunda mais referida no presente estudo, logo a seguir às barreiras pessoais, são organizacionais.

As barreiras organizacionais, ao contrário das ambientais, não apontam a falta de acessibilidade e adequabilidade dos locais, mas sim a falta de existência desses mesmos locais, entre outras situações. No estudo de Martin e Smith (2002), onde os autores estudaram pessoas com deficiência que praticam Atletismo e Natação, concluiu-se que há pouca oferta de locais onde se possa praticar AFA.

No presente estudo, ao longo de todas as entrevistas, foi questionado aos entrevistados se estes conheciam locais onde os filhos pudessem praticar AF, para além daqueles onde os filhos já praticam, mais especificamente na cidade do Porto. As respostas foram variadas. Verificou-se que, no total das 30 entrevistas, 7 entrevistados referiram que era fácil encontrar locais onde os seus filhos e netos pudessem praticar AF, 18 disseram que era difícil encontrar esses locais e 5 responderam que não tinham qualquer conhecimento de causa, preferindo não responder à questão.

Entre os entrevistados que responderam que era fácil encontrar locais onde os filhos pudessem praticar AF, muitos alegaram que as novas tecnologias ajudam e facilitam o acesso à informação, como é exemplo uma entrevistada, avó de um menino com Paralisia Cerebral que, apesar de não ser da cidade do Porto considera fácil encontrar tudo, uma vez que: “hoje em dia vê-se tudo pelo *facebook* e pela internet” (excerto retirado da E13, p.1). Os pais consideram a internet uma fonte de informação útil, que lhes permite serem independentes na procura de informação e na opção que tomam, para além de que muitas vezes estas iniciativas não são divulgadas por outros meios (Maddison e Beresford, 2011).

Na questão da facilidade de encontrar locais para os filhos e netos praticarem AF, uma entrevistada referiu que os pais que têm filhos com algum tipo de deficiência acabam por falar uns com os outros: “é o passa palavra!” (excerto retirado da E28, p.1). Com efeito, outros estudos também salientam o facto de grupos de pais de pessoas com deficiência oferecerem, com frequência, suporte emocional, oportunidades para transmitir os seus conhecimentos, tornarem-se mais confiantes, serem uma fonte de partilha de informação e ainda indentificar o sentimento de pertença (Law et al., 2001; Singh et al., 1997).

No entanto, a grande maioria dos entrevistados alegaram que não tinham conhecimento de outros locais onde os filhos e netos pudessem praticar AF, sendo difícil encontrar esses mesmos locais, o que vai de encontro ao estudo de Martin (2013) em que o autor salienta o desconhecimento como uma das principais barreiras à prática de AF, nesta área. Este aspeto é repetidamente mencionado nas entrevistas, nomeadamente por uma mãe que refere: “noto uma lacuna na existência de atividades desportivas para pessoas como a minha filha” (excerto retirado da E5, p.1). Para além da falta de locais, pais e avós também se referiram à falta de divulgação como um obstáculo. Esta situação é igualmente descrita na literatura. No estudo de Levins, Redenbach e Dyck (1991), realizado com 8 adultos com lesão medular, o grupo de estudo referiu que não têm acesso a qualquer tipo de fonte ou informação relativamente à prática de AF. Esta falta de divulgação e de conhecimento foi

reforçada pela mãe de uma menina com Síndrome de Rett: “é difícil encontrar locais adaptados a este tipo de crianças, com atividades próprias para eles. Há muita falta de divulgação nesse aspeto” (excerto retirado da E7, p.3). Uma realidade descrita por outro pai: “não conheço nenhum local e nada é divulgado” (excerto retirado da E29, p.1). Um dos pais menciona ainda que esta dificuldade apenas existe para quem tem filhos com deficiência, salientando: “Se ele não fosse deficiente, mas como o meu filho tem deficiência, não é nada fácil” (excerto retirado da E22, p.2).

“Há uma ignorância natural em nós todos, em que o nosso mundinho não corresponde ao mundo, mas de todos os esforços que fiz para encontrar as melhores soluções para a minha filha, há muito pouco e não é fácil encontrar locais para ela.”

(Excerto retirado da entrevista E26, p.2)

Por fim, alguns entrevistados referiram que não tinham conhecimento de qualquer prática, mas por não estarem dentro do assunto. Aqui geram-se duas interpretações possíveis. Parece-nos que, possivelmente, os pais e avós não tiveram de se preocupar porque filhos e netos naturalmente iniciaram a sua AF, nomeadamente através da escola ou na instituição. Outra interpretação pode ser o facto de os entrevistados mostrarem não ter qualquer intenção de colocar os filhos e netos neste tipo de atividades, o que poderá ser uma enorme barreira. Neste caso, serão os pais e avós em que os seus filhos apenas praticam AF graças à escola ou instituição que promove essa atividade.

Relativamente ao conhecimento de outras organizações, um pai referiu: “não estou muito por dentro dessa situação” (excerto retirado da E4, p.1). A este respeito podemos observar outros exemplos, como numa entrevista onde se falou da existência de clubes com desporto adaptado, mas a mãe respondeu: “não sei, não estou a ver, não conheço” (excerto retirado da E23, p.3).

“Não conheço nenhuns locais, mas que isso é natural, uma vez que a vida do filho se restringe à instituição e à casa.”

(Excerto retirado da entrevista E10, p.2)

As barreiras organizacionais estendem-se ainda aos profissionais que desempenham funções na área, um aspeto muito referido no presente estudo. Na literatura, num estudo realizado com crianças com deficiência, a má prestação de serviços foi verificada nos profissionais pelas próprias crianças, uma vez que os profissionais não entendiam as suas necessidades ou capacidades (Kramer et al., 2012). Os mesmos autores referem ainda que as crianças com deficiência ficam muito frustradas quando os profissionais superestimam ou subestimam as suas capacidades. O mesmo se verificou no nosso estudo, em que uma das entrevistadas referiu: “saindo da escola com o ensino especial, nós cá fora não temos nada de desportos, de atividades extracurriculares que possam ser adaptadas a estas crianças por professores que tenham formação. Não temos, posso-lhe dizer que eu corri tudo, tudo. Há falta de professores especializados para lidar com pessoas como o meu filho” (excerto retirado da E18, p.2).

Uma outra situação que ocorre a nível do papel dos profissionais, quando lidam com pessoas com deficiências não visíveis, como a DI, estas pessoas manifestam comportamentos inesperados e que não são, na maioria das vezes, compreensíveis. Estes comportamentos levam à interpretação dos profissionais como uma desobediência ou má educação prestada pelos pais (Kingston, 2007). Com respeito a este facto, uma das mães entrevistadas referiu que as organizações não estão preparadas para lidar com pessoas que tenham o problema do filho, Síndrome de Asperger. Como nestas organizações, na maioria dos casos, existe uma grande diversidade de deficiências, muitas vezes não conseguem compreender a reação de todos os utentes. Por este motivo, a mãe afirmou: “muitas vezes não têm formação para entender este tipo de comportamento” (excerto retirado da E19, p.2).

Esta falta de conhecimento na área é igualmente encontrada nas escolas, onde os pais e os próprios professores de EF referem a falta de preparação para as barreiras encontradas no ensino de alunos com NEE (Lieberman et al., 2003). Este aspeto foi também mencionado por uma das entrevistadas, destacando que o próprio professor de EF na escola tem alguma

## Capítulo IV - Apresentação e discussão dos resultados

difficuldade em entender o que a filha pode ou não fazer, mas que, com o tempo, acabou por se adaptar. No entanto, sente que no início há sempre receio por parte dos professores, fazendo questões do que podem ou não fazer: “às vezes fazem perguntas um bocado ridículas, vão muito a medo” (excerto retirado da E5, p.2). Num outro exemplo, uma entrevistada explica que os profissionais do centro Hípico em que inicialmente colocou a filha, desconheciam por completo a sua Síndrome.

“A dificuldade que a minha filha tem é que se quem está a dinamizar a atividade, um instrutor ou técnico, não percebe que ela tem de ter um acompanhamento diferente, ela acaba por se desinteressar da atividade.”

(Excerto retirado da entrevista E26, p.2)

Esta falta de preparação chega também às escola, sendo que uma mãe contou que na escola não existe nenhuma atividade adaptada para pessoas como o seu filho Cego, nomeadamente a nível da EE. A mãe dá o exemplo de que na escola alguns professores e auxiliares colocam os meninos Cegos num banco durante os intervalos para que não haja qualquer acidente, o que a mãe considera inaceitável: “é inconcebível passarem a hora do recreio sentados num banquinho de pedra” (excerto retirado da E30, p.1).

Por fim, a barreira mais citada pelos pais e avós, foi o aspeto financeiro. Neste ponto, importa referir que se notou alguma diferença entre as realidades dos entrevistados no Pony Club e no CIAD. No entanto, mesmo pais e avós que escolheram um serviço privado para os seus filhos e netos demonstraram preocupação relativamente à questão monetária, o que muitas vezes os impedia de colocarem os filhos e netos em mais atividades, ou com mais frequência durante a semana. Esta visão é descrita igualmente por Scholl, et al. (2003), que afirmam que os pais podem restringir a participação dos seus filhos na AF por dificuldades financeira. Com efeito: “essencialmente a nível financeiro pode existir uma enorme barreira” (excerto retirado da E7, p.2). A grande maioria dos entrevistados referem que é muito complicado a nível financeiro, uma vez que pelas características dos seus filhos e netos, estes têm de ter uma atenção especial e os serviços particulares são sempre muito mais

dispendiosos, o que sem ajudas é muito mais complicado. Na mesma linha de pensamento, é possível enumerar vários excertos: “a primeira barreira, geralmente é monetária” (excerto retirado da E12, p.2). Esta mãe ainda salienta que os únicos benefícios que conseguem retirar é ao nível fiscal e de IRS, mas que de resto não existem ajudas nenhuma, sendo tudo a nível particular. Continua por dizer que as instituições não estão muito recetivas a fazer um esforço pelos seus utentes, considerando que fazem apenas o necessário e essencial, por ser mais cómodo e prático. Por essa razão, sentiu necessidade de procurar soluções fora da instituição: Não é fácil estar a canalizar tudo para essas atividades” (excerto retirado da entrevista E12, p.2).

“A questão financeira é logo realçada, uma vez que para o meu filho com deficiência é muito mais complicado, uma vez que envolve toda uma logística bastante diferente, nomeadamente ao nível de recursos humanos.”

(Excerto retirado da entrevista E27, p.1)

Habitualmente, a questão financeira é uma prioridade das organizações, perdendo, muitas vezes, o foco de prestar um serviço para poder colmatar uma lacuna que exista na sociedade e tentar fazê-lo da melhor forma possível, não focando apenas no lucro financeiro, mas na qualidade do serviço. Um dos pais entrevistados expressa essa mesma situação, referindo que o nível financeiro necessário, muitas vezes, é muito elevado relativamente ao que é a oferta. Atualmente, muitas atividades não sobrevivem porque os pais não têm possibilidades e as próprias instituições sem fins lucrativos, acabam por se focar no lucro. As organizações poderiam fazer muito mais e por isso é que o pai considera que o privado faz bem, mas leva o justo valor daquilo que é um bom serviço prestado. Deve haver uma boa gestão entre a oferta e a procura: “as organizações, eu não sei se mesmo quando falam de responsabilidade social e esses *slogans* todos que as empresas muitas vezes gostam de fazer, eu acho que é mais para se venderem, do que propriamente ajudar, com as devidas exceções naturalmente” (excerto retirado da E26, p.3). Para este pai, a responsabilidade social deveria surgir naturalmente e não ser publicitada: “eu acho que as organizações têm de ter um caráter mais humano, é a sensação

que eu tenho” (excerto retirado da E26, p.3). Dentro da mesma linha de pensamento, uma entrevistada também sublinha esta ideia e considera que o papel das instituições seria o de proporcionarem aquilo que os pais não podem proporcionar, mas na realidade isso não acontece: “a maior parte dos miúdos não tem acesso às coisas” (excerto retirado da E12, p.4).

Face ao enunciado, no presente estudo as barreiras organizacionais expressas incluem a falta de oferta desportiva, falta de divulgação dos locais existentes, a presença de profissionais sem experiência na área e, por fim, a barreira mais citada, as dificuldades financeiras.

### **3. Da realidade às expectativas futuras sobre a participação de pessoas com deficiência na prática de atividade física**

No presente estudo, a perspetiva dos pais e avós relativamente aos benefícios e às barreiras existentes na prática de AF, levam-nos às questões da melhoria da realidade da AFA, na tentativa de responder às expectativas futuras dos participantes. Urge, portanto, entender quais os aspectos valorizados por pais e avós de pessoas com deficiência numa organização desportiva, uma vez que os familiares se constituem como elemento facilitador da participação na AF.

Para melhor compreender este assunto, os entrevistados fizeram referência à forma como percebem as organizações que conhecem e que são frequentadas pelos seus filhos e netos, referindo-se aos aspectos positivos e negativos de cada uma delas.

Nesta medida, a presença de profissionais especializados foi um dos fatores que mais influenciou a escolha da instituição ou clube em que integraram filhos e netos. Neste sentido, os profissionais da AFA podem ter um papel fundamental na promoção da participação de pessoas com deficiência em todas as áreas da AF. Estes profissionais têm prática e conhecimentos em desportos adaptados, em atividades recreativas e programas de AF que permitirão a estas pessoas obter experiências desportivas enriquecedoras e positivas (Rimmer et al., 2008). Este facto ficou bem patente na primeira



## Capítulo IV - Apresentação e discussão dos resultados

entrevista realizada, em que a mãe refere que quando soube que no Pony Club existiam profissionais da área achou o local ideal. Outro testemunho foi dado por outra mãe que chegou mesmo a comparar instituições, dando o exemplo de que no Pony Club todos os trabalhadores são profissionais com cursos na área, comparando com a antiga escola de Hipismo que a filha frequentou e onde demorou mais tempo a evoluir. Outros entrevistados referiram isso mesmo:

“A presença das professoras e dos terapeutas é muito importante. Sempre que eles estão, o meu filho faz as coisas. Ele sente aquele apoio.”

(Excerto retirado da entrevista E10, p.2)

“Sou conhecedor da realidade desportiva e que, por exemplo, no complexo desportivo onde trabalho, não existem profissionais com formação nem dirigentes capazes de entender as necessidades de pessoas com deficiência. Os profissionais especializados são muito importantes e têm de estar vocacionados, tal como os dirigentes dos clubes, mas ainda estamos muito longe disso.”

(Excerto retirado da entrevista E24, p.4)

Segundo Shields et al. (2012) outras razões que os pais demonstraram que seriam importantes foram: a proximidade ao local, referido também no nosso estudo por uma avó que explicou como o Pony Club é muito perto de sua casa foi: “juntar o útil ao agradável” (excerto retirado da E25, p.1); o custo, expresso por um entrevistado, em que os preços razoáveis foram um aspeto que o levou a escolher o Pony Club, e por fim, melhores oportunidades na usufruição de serviços específicos, como representado no seguinte excerto:

“No Futebol Club do Porto existe outra estrutura completamente diferente da instituição. Existe uma preparação no próprio treino, com aquecimento e os treinos são puxados.”

(Excerto retirado da entrevista E21, p.1)

A importância de conhecer as barreiras colocadas na prática de AF em pessoas com deficiência é também de extrema importância para outro tipo de

organizações, nomeadamente aquelas que detêm poder de decisão a nível social, como o governo, as câmaras municipais, as juntas de freguesia, as escolas, os seus profissionais e todos aqueles envolvidos nestas atividades. Importa que se possam eliminar, de uma forma definitiva, todas estas barreiras. Mesmo sabendo que não será fácil e que o desafio é audacioso, convém não esquecer que poderá mudar a vida de muita gente.

Por fim, descritas as entrevistas e a visão dos pais e avós, relativas às suas perspetivas na participação de pessoas com deficiência na prática de AF, realça-se a importância dos familiares na participação dos filhos e netos na prática de AF.

Nesse contexto, os investigadores sugerem que os pais são um fator determinante nos níveis de AF dos seus filhos (Matin et al., 2007; Trost, et al., 2003). A grande maioria dos entrevistados referiram esta importância do papel familiar na participação dos filhos e netos nas atividades. Uma das entrevistas refere: “temos de ser nós, pais, no entanto, há pais que têm mais capacidade, outros menos, uns mais cansados, porque isto é muito desgastante” (excerto retirado da E12, p.2). A mesma continua por dizer que são muitos anos para ter de lidar com uma situação muito complicada, considerando que existem sempre altos e baixos: “um passo à frente e dois atrás. Acaba por recair o esforço todo sobre os pais” (excerto retirado da E12, p.2), mas “temos de ser nós pais, a lutar, a lutar, com o pouquinho que temos, porque não temos nada” (excerto retirado da E18, p.3).

“Isto é a realidade de quem anda neste mundo, eu não sou milionário, eu trabalho. Eu e a minha mulher trabalhamos para o dia a dia, o dinheiro não chega para tudo. Prefiro abdicar das minhas férias para que o meu filho possa usufruir de atividades diferentes.”

(Excerto retirado da entrevista E24, p.3)

Os familiares de pessoas com deficiência encaram múltiplos desafios. Apesar das diferenças culturais, socioeconómicas e diferentes deficiências, todos eles enfrentam elevadas exigências, elevados custos, exclusão social e falta de igualdade na maioria dos setores da sociedade, quando o

## **Capítulo IV - Apresentação e discussão dos resultados**

desenvolvimento da pessoa difere da norma (Green, 2007; Dowling e Dolan, 2001).

Com tudo isto em mente, é nosso dever, enquanto membros comum de uma sociedade que deve ser justa e inclusiva, compreender os aspetos a melhorar e realizar todos os esforço necessários para reverter, positivamente, esta tendência.



## **Capítulo V - Conclusões e sugestões**



### Conclusões e sugestões

#### 1. Conclusões

A presença da AF na vida das pessoas com deficiência é, cada vez mais, assumida como algo vital e necessário, não apenas pela importância que tem na saúde dos indivíduos, mas também para a sua qualidade de vida em geral.

É, assim, fundamental dar resposta à necessidade de criar condições para que todas as pessoas com deficiência, independentemente das suas limitações e capacidades, possam, de alguma forma, participar nessa prática e retirar todos os benefícios que dela advêm.

A prática de AF deve começar desde muito cedo na vida e, por isso, os pais ou outros familiares, devem influenciar e potenciar a participação desportiva, numa fase em que as próprias crianças ainda não terão idade para definir aquilo que gostariam de fazer. São, assim, os pais ou outros familiares os primeiros a decidir que tipo de AF os filhos praticam, ou se estes praticam de todo.

Nesta perspetiva, foi intenção do presente estudo conhecer a perspetiva que os pais e avós têm acerca da participação dos seus filhos e netos com deficiência na prática de AF. Para isso, importou estudar vários aspetos que estão descritos nos objetivos do presente estudo.

Inicialmente, pretendemos entender qual a importância que os pais e avós dão à prática de AF, sendo que os mesmos revelaram ser conhecedores de vários benefícios. Nas entrevistas foram referidos benefícios sociais, psicológicos e fisiológicos. Nos benefícios sociais destacaram-se a interação com os outros, as vivências em diferentes contextos sociais, a motivação proporcionada pelo apoio dos pares e a integração promovida pela prática de AF. Já nos benefícios psicológicos destacaram-se a melhoria do bem-estar geral, o aumento da autoestima, a melhoria do desenvolvimento cognitivo, melhoria de confiança e a felicidade experienciada através da prática de AF. Por fim, nos benefícios fisiológicos realçamos melhorias alcançadas ao nível da

postura, do equilíbrio, o desenvolvimento do músculo-esquelético e o controle de determinadas patologias, nomeadamente a obesidade.

O conhecimento dos vários benefícios decorrentes da prática de AF, é um fator de elevada importância na escolha dos pais e avós para a prática de AF por parte dos seus filhos e netos. Foi, por isso, muito importante entender se os pais e avós conheciam esta realidade, ou não.

O segundo objetivo específico do presente estudo passou por compreender a perspetiva dos pais e avós acerca dos aspetos que dificultam a participação dos seus filhos e netos na prática de AF. Isto porque o conhecimento destas dificuldades ajudam-nos a entender o porquê de muitas vezes, apesar de todos os benefícios decorrentes da prática de AF, muitas pessoas com deficiência não praticam AF. Na verdade, embora no presente estudo todos os participantes tenham relatado que os seus filhos e netos praticam atividade física, todos os entrevistados apontaram barreiras à prática de AF. Estas barreiras dividem-se em barreiras pessoais, sociais, ambientais e organizacionais. As barreiras pessoais descritas foram a própria deficiência que impede o filho ou neto de realizar determinados movimentos exigidos na prática de AF, o medo, tanto do próprio praticante, como dos pais e avós que temem pela segurança dos filhos e netos e por fim, a mais referida, a falta de tempo. As barreiras sociais incluem a falta de compreensão da sociedade e dos seus pares, a falta de capacidade de comunicação e relacionamento dos filhos e netos, a elevada dependência dos familiares e o excesso de proteção que surge por parte dos pais e avós. Nas barreiras ambientais destaca-se a distância dos locais de prática, a escassez de transportes, falta de acessibilidade dos locais e os contextos ambientais desfavoráveis. Por fim, nas barreiras organizacionais os entrevistados destacaram a pouca oferta de organizações que prestam serviços de atividade física, falta de divulgação das existentes, a presença de profissionais sem experiência na área e, por fim, a barreira mais citada, as dificuldades financeiras.

Depois da abordagem a todos estes aspetos, importava perceber o que os pais e avós consideram essencial numa organização que promova a prática de AF. A respeito deste assunto, foram referidos pelos pais e avós os seguintes



aspetos a ter em conta: a existência de profissionais especializados, a proximidade da localização da organização, um custo acessível e melhores oportunidades proporcionadas, ao nível de serviço, aos seus filhos e netos.

Por fim, dando resposta ao último objetivo do presente estudo, no qual se pretendeu apresentar sugestões de melhoria dos serviços prestados na área da AFA, partindo das perspetivas de pais e avós, através dos relatos recolhidos destacamos os seguintes aspetos a considerar: as organizações devem ter em atenção a presença de profissionais especializados; devem garantir uma maior oferta desportiva e a um custo mais acessível; os serviços oferecidos devem garantir a segurança do aluno e, se possível, serem desenvolvidos em ambientes inclusivos; importa assegurar o transporte dos praticantes; garantir acessibilidades e condições favoráveis à prática de AF; e ter em linha de conta a sua área geográfica de intervenção, na tentativa de dar resposta às necessidades do maior número de pessoas com deficiência possível.

### **2. Sugestões**

O presente estudo permitiu a abordagem de um tema que poderá melhorar, significativamente, a realidade da AFA. Mas para isso é necessário um trabalho conjunto e um esforço para ir de encontro às necessidades encontradas. A realidade está ainda longe do que se consideraria ideal, mas não devemos deixar de procurar essa utopia e ir de encontro às expectativas criadas e mencionadas pelos entrevistados.

Para que este estudo possa ter um maior impacto, seria importante o mesmo ser replicado noutras cidades de Portugal e até em contexto internacional, para que as organizações locais entendessem de que forma se deveriam adaptar ao que é pretendido por aqueles que irão usufruir dos seus serviços.

Seria igualmente importante realizar este estudo através de uma perspetiva diferente, nomeadamente, através de entrevistas realizadas

diretamente a pessoas com deficiência que usufruem destes serviços, obtendo um ponto de vista distinto sobre o assunto, mas igualmente válido e crucial.

## **Referências Bibliográficas**



- Allender, S., Cowburn, G., & Foster, C. (2006). Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: a review of qualitative studies. *Health education research*, 21(6), 826-835.
- Anderson, D. M., Bedini, L. A., & Moreland, L. (2005). Getting All Girls into the Game: Physically Active Recreation for Girls with Disabilities. *Journal of Park & Recreation Administration*, 23(4), 78-103.
- Anderson, L. S., & Heyne, L. A. (2010). Physical activity for children and adults with disabilities: An issue of “amplified” importance. *Disability and Health Journal*, 3(2), 71-73.
- Anderssen, N., Wold, B., & Torsheim, T. (2006). Are parental health habits transmitted to their children? An eight year longitudinal study of physical activity in adolescents and their parents. *Journal of adolescence*, 29(4), 513-524.
- Arbour, K. P., Latimer, A. E., Ginis, K. M., & Jung, M. E. (2007). Moving beyond the stigma: The impression formation benefits of exercise for individuals with a physical disability. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24(2), 144-159.
- Australia Year Book (2008). *Australian Bureau of Statistics*. Canberra: Australia Year Book.
- Barg, C. J., Armstrong, B. D., Hetz, S. P., & Latimer, A. E. (2010). Physical disability, stigma, and physical activity in children. *International Journal of Disability, Development and Education*, 57(4), 371-382.
- Bauman, A. E., Sallis, J. F., Dzewaltowski, D. A., & Owen, N. (2002). Toward a better understanding of the influences on physical activity: the role of

- determinants, correlates, causal variables, mediators, moderators, and confounders. *American journal of preventive medicine*, 23(2), 5-14.
- Beets, M. W., Vogel, R., Chapman, S., Pitetti, K. H., & Cardinal, B. J. (2007). Parent's social support for children's outdoor physical activity: do weekdays and weekends matter? *Sex Roles*, 56(2), 125-131.
- Bertoti, D. B. (1988). Effect of therapeutic horseback riding on posture in children with cerebral palsy. *Physical therapy*, 68(10), 1505-1512.
- Bjerke, H. (2011). 'It's the way they do it': Expressions of Agency in Child-Adult Relations at Home and School. *Children & society*, 25(2), 93-103.
- Blinde, E. M., & McClung, L. R. (1997). Enhancing the physical and social self through recreational activity: Accounts of individuals with physical disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 14, 327-344.
- Bryman, A. (2008). *Social Research Methods* (3 ed.). New York: Oxford University Press.
- Bubolz, M. M. (2001). Family as source, user, and builder of social capital. *The Journal of socio-economics*, 30(2), 129-131.
- Bullock, C. C., Mahon, M. J. Disability awareness: considerations for the exercise leader. In: P. D. Miller (Eds.), *Fitness Programming and Physical Disability* (pp. 3-10). Champaign: Human Kinetics.
- Callaghan, P. (2004). Exercise: a neglected intervention in mental health care? *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 11(4), 476-483.

- Cardinal, B. J., & Spaziani, M. D. (2003). ADA compliance and the accessibility of physical activity facilities in western Oregon. *American Journal of Health Promotion*, 17(3), 197-201.
- Castellanos, F. X., & Tannock, R. (2002). Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 617-628.
- Cobb, B., & Alwell, M. (2009). Transition planning/coordinating interventions for youth with disabilities: A systematic review. *Career Development for Exceptional Individuals*, 32(2), 70-81.
- Cole, A. J., & Becker, B. E. (2004). *Comprehensive aquatic therapy*. Pennsylvania: Butterworth-Heinemann.
- Comité Internacional Paralímpico. Consult. 21 Ago 2016, disponível em <https://www.paralympic.org/>
- Correia, L. M., Martins, A. P. L., Santos, A. C., Ferreira, R. M. S., & Serrano, A. M. (2003). *Inclusão e necessidades educativas especiais. Um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Cunha, M. A., Batista, P., & Graça, A. (2014). Um olhar sobre o estágio em educação física: Representações de estagiários do ensino superior público português. In P. Batista, A. Graça & P. Queirós (Eds.), *O estágio profissional na (re)construção da identidade profissional em educação física* (pp. 143-180). Porto: Editora FADEUP.
- Davys, D., & Haigh, C. (2008). Older parents of people who have a learning disability: perceptions of future accommodation needs. *British Journal of Learning Disabilities*, 36(1), 66-72.

- DePauw, K. P., & Gavron, S. J. (2005). *Disability sport* (2 ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Desporto Escolar (2016). *Competições*. Consult. 13 Set 2016 disponível em <http://desportoescolar.dge.mec.pt/coordenacao-regional-do-norte-0>
- Dowling, M., & Dolan, L. (2001). Families with children with disabilities- inequalities and the social model. *Disability & Society*, 16(1), 21-35.
- Draheim, C. C. (2006). Cardiovascular disease prevalence and risk factors of persons with mental retardation. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 12(1), 3-12.
- Drum, C. E., Krahn, G., Culley, C., & Hammond, L. (2005). Recognizing and responding to the health disparities of people with disabilities. *Californian Journal of Health Promotion*, 3(3), 29-42.
- Durstine, J. L., Painter, P., Franklin, B. A., Morgan, D., Pitetti, K. H., & Roberts, S. O. (2000). Physical activity for the chronically ill and disabled. *Sports Medicine*, 30(3), 207-219.
- Durston, S. (2003). A review of the biological bases of ADHD: what have we learned from imaging studies? *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 9(3), 184-195.
- Ellis, R., Kosma, M., Cardinal, B. J., Bauer, J. J., & McCubbin, J. A. (2007). Physical activity beliefs and behaviour of adults with physical disabilities. *Disability and rehabilitation*, 29(15), 1221-1227.
- Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência. (2016). *Desporto para Pessoas com Deficiência*. Lisboa: IPDJ.



- Figoni, S. F., McClain, L., Bell, A. A., Degnan, J. M., Norbury, N. E., & Rettele, R. R. (1998). Accessibility of physical fitness facilities in the Kansas City metropolitan area. *Topics in spinal cord injury rehabilitation*, 3(3), 66-78.
- Foxhall, K. (2006). Beginning to begin: reports from the battle on obesity. *American journal of public health*, 96(12), 2106-2112.
- Giacobbi, P. R., Hardin, B., Frye, N., Hausenblas, H. A., Sears, S., & Stegelin, A. (2006). A multi-level examination of personality, exercise, and daily life events for individuals with physical disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 23(2), 129.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967): *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Goodwin, D. L., & Compton, S. G. (2004). Physical activity experiences of women aging with disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 21(2), 122-138.
- Graham, A., & Reid, G. (2000). Physical fitness of adults with an intellectual disability: A 13-year follow-up study. *Research quarterly for exercise and sport*, 71(2), 152-161.
- Grant G. (2000) Older family carers. In: D. May (Eds.), *Transition and change in the lives of people with intellectual disabilities* (pp. 94-177). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Grayson, E., & Marini, I. (1996). Simulated disability exercises and their impact on attitudes toward persons with disabilities. *International Journal of Rehabilitation Research*, 19(2), 123-132.

- Green, S. E. (2007). "We're tired, not sad": Benefits and burdens of mothering a child with a disability. *Social Science & Medicine*, 64(1), 150-163.
- Groff, D. G., & Kleiber, D. A. (2001). Exploring the identity formation of youth involved in an adapted sports program. *Therapeutic Recreation Journal*, 35(4), 318.
- Hayden, J. A., Van Tulder, M. W., & Tomlinson, G. (2005). Systematic review: strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. *Annals of internal medicine*, 142(9), 776-785.
- Home, A., Carter, I., Scarth, S., & Warren, R. (2015). Working together in special needs parenting: An innovative research dissemination project. *Social Work and Social Sciences Review*, 17(3), 6-19.
- Honkavaara, M., & Rintala, P. (2010). The influence of short term, intensive hippotherapy on gait in children with cerebral palsy. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 3(2), 29-36.
- Hutzler, Y., & Sherrill, C. (2007). Defining adapted physical activity: International perspectives. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24(1), 1-20.
- IFAPA. (2014). *Definition of Adapted Physical Activity*. Consult. 8 Jan 2016, disponível em <http://ifapa-international.net/definition/>
- James, A., & James, A. (2004). *Constructing childhood: Theory, policy and social practice*. London: Macmillan.
- Jeong, M., Kim, S. Y., & Lee, E. (2015). Parents' Beliefs and Intentions Toward Supporting Physical Activity Participation for Their Children With Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 32(2), 93-105.

- Jiménez, R. R., Cuberos, M. D. A., Garrido, A. A., Rivas, A. M. B., Pacheco, R. B., García, T. B., Martín, M. B., Vázquez, I. C., Contreras, M. D. C., Moreno, L. D. L. R., Citoler, S. D., Sampedro, M. F., Ruiz, J. R. G., Ortega, J. L. G., Muñoz, J. L. G., Blasco, G. M. G., Manjón, D. G., Rodríguez, C. M., Hernández, A. M. M., Motta, A. N., Sanz, R. O., Díaz, J. L. P., Valencia, R. P., Ruiz, E. P., Gil, J. R., Prado, F. R., Sánchez, M. J. R., Bueno, S. T., & Resa, J. A. Z. (1993). *Necessidades Educativas Especiais*. Málaga: Ediciones Aljibe, S.L.
- Johnson, C. C. (2009). The benefits of physical activity for youth with developmental disabilities: a systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 23(3), 157-167.
- Jones, G. C., & Sinclair, L. B. (2008). Multiple health disparities among minority adults with mobility limitations: An application of the ICF framework and codes. *Disability & Rehabilitation*, 30(12/13), 901-915.
- Kang, M., Zhu, W., Ragan, B. G., & Frogley, M. (2007). Exercise barrier severity and perseverance of active youth with physical disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 52(2), 170-176.
- Kingston, A. K. (2007). *Mothering special needs: A different maternal journey*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Krahn, G. L., Hammond, L., & Turner, A. (2006). A cascade of disparities: health and health care access for people with intellectual disabilities. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 12(1), 70-82.
- Kramer, J. M., Olsen, S., Mermelstein, M., Balcells, A., & Liljenquist, K. (2012). Youth with disabilities' perspectives of the environment and participation:

- a qualitative meta-synthesis. *Child: care, health and development*, 38(6), 763-777.
- Kröger, A. (1989). Vaulting as an educational aid in schools for behaviorally disturbed children. In W. Heipertz (Ed.), *Therapeutic riding: Medicine, education, sports* (pp. 40-54). Ottawa: National Printers.
- Kudlacek, M., Jesina, O., Sterbova, D., & Sherrill, C. (2008). The nature of work and roles of public school adapted physical educators in the U.S. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 1(2), 45-55.
- Lansdown, G., & Karkara, R. (2006). Children's right to express views and have them taken seriously. *The Lancet*, 367(9511), 690-692.
- Law, M., King, S., Stewart, D., & King, G. (2001). The perceived effects of parent-led support groups for parents of children with disabilities. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 21(2/3), 29-48.
- Leitão, L. G. (2012). Sobre a equitação terapêutica: Uma abordagem crítica. *Análise Psicológica*, 26(1), 81-100.
- Levins, S. M., Redenbach, D. M., & Dyck, I. (2004). Individual and societal influences on participation in physical activity following spinal cord injury: a qualitative study. *Physical Therapy*, 84(6), 496-509.
- Levinson, L. J., & Reid, G. (1991). Patterns of physical activity among youngsters with developmental disabilities. *CAHPER Journal*, 57(3), 24-28.

- Lieberman, L. J., Robinson, B. L., & Rollheiser, H. (2006). Youth with visual impairments: Experiences in general physical education. *RE: view*, 38(1), 35.
- Lieberman, L., & MacVicar, J. (2003). Play and recreational habits of youths who are deaf-blind. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 97(12), 755-768.
- Lobo, A. (2003). *Equitação terapêutica: a influência de um programa de equitação terapêutica em jovens com problemas-distúrbios comportamentais portadores de deficiência mental ligeira*. Porto: A., Lobo. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Lundberg, N. R., Taniguchi, S., McCormick, B. P., & Tibbs, C. (2011). Identity negotiating: Redefining stigmatized identities through adaptive sports and recreation participation among individuals with a disability. *Journal of Leisure Research*, 43(2), 205-225.
- Maddison, J., & Beresford, B. (2012). Decision-making around moving on from full-time education: the roles and experiences of parents of disabled young people with degenerative conditions. *Health & social care in the community*, 20(5), 477-487.
- Marques, U. M., Castro, J. A. M., & Silva, M. A. (2001). Actividade Física Adaptada: uma visão crítica. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 1(1), 73-79.
- Martin, J. J. (1999). A personal development model of sport psychology for athletes with disabilities. *Journal of Applied Sport Psychology*, 11(2), 181-193.

- Martin, J. J. (2006). Psychosocial aspects of youth disability sport. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 23(1), 65-77.
- Martin, J. J. (2013). Benefits and barriers to physical activity for individuals with disabilities: a social-relational model of disability perspective. *Disability and Rehabilitation*, 35(24), 2030-2037.
- Martin, J. J., & Choi, Y. S. (2009). Parents' physical activity – related perceptions of their children with disabilities. *Disability and Health Journal*, 2(1), 9-14.
- Martin, J. J., & Smith, K. (2002). Friendship quality in youth disability sport: Perceptions of a best friend. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19(4), 472–482.
- Martin, J. J., Oliver, K. L., & McCaughtry, N. (2007). The theory of planned behavior: Predicting physical activity in Mexican American children. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 29(2), 225-238.
- Mauerberg-deCastro, E. (2005). *Atividade Física Adaptada*. Ribeirão Preto: Tecmedd.
- McDonald, C. M. (2002). Physical activity, health impairments, and disability in neuromuscular disease. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 81(11), 108-120.
- McManus, B. M., Mandic, C. G., Carle, A. C., & Robert, S. A. (2012). The Effect of Parent–Child Function on Physical Activity and Television Viewing among Adolescents with and without Special Healthcare Needs. *International Journal of Disability, Development and Education*, 59(3), 305-319.

- Ministério da Educação. (1991). Decreto-Lei n.º 95/91 de 26 de fevereiro. *Diário da República*, 1.ª Série A, n.º 47, 940-946.
- Mitchell, R. A., Zhou, D., Lu, Y., & Watts, G. (1993). Community-based rehabilitation: does it change community attitudes towards people with disability? *Disability and rehabilitation*, 15(4), 179-183.
- Modell, S. J., Rider, R. A., & Menchetti, B. M. (1997). An exploration of the influence of educational placement on the community recreation and leisure patterns of children with developmental disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 85(2), 695-704.
- Morrow, V. (1999). We are people too: Children's and young people's perspectives on children's rights and decision-making in England. *The International Journal of Children's Rights*, 7(2), 149-170.
- Motl, R. W., Goldman, M. D., & Benedict, R. H. (2010). Walking impairment in patients with multiple sclerosis: exercise training as a treatment option. *Neuropsychiatric Diseases and Treatment*, 6, 767-774.
- Nesbitt, J., A. (1983). Recreation for Handicapped in the United States: A Historical Perspective. In R. L. Eason, T. L. Smith & F. Caron (Eds.), *Adapted Physical Activity: From Theory to Application* (pp. 95-110). Illinois: Human Kinetics Publishers.
- Nixon, H. L. (2006). Disability sport. In G. Ritzer (Ed.), *Encyclopedia of sociology* (pp. 1171-1174). Oxford, UK: Blackwell.
- Noreau, L., & Shephard, R. J. (1995). Spinal cord injury, exercise and quality of life. *Sports Medicine*, 20(4), 226-250.

- Nosek, M. A., Hughes, R. B., Robinson-Whelen, S., Taylor, H. B., & Howland, C. A. (2006). Physical activity and nutritional behaviors of women with physical disabilities: physical, psychological, social, and environmental influences. *Women's Health Issues, 16*(6), 323-333.
- Olivares, P. R., Cossio-Bolaños, M. A., Gomez-Campos, R., Almonacid-Fierro, A., & Garcia-Rubio, J. (2015). Influence of parents and physical education teachers in adolescent physical activity. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 15*(2), 113-120.
- Pensgaard, A. M., & Sorensen, M. (2002). Empowerment through the sport context: A model to guide research for individuals with disability. *Adapted Physical Activity Quarterly, 19*(1), 48-67.
- Pitchford, E. A., Siebert, E., Hamm, J., & Yun, J. (2016). Parental Perceptions of Physical Activity Benefits for Youth With Developmental Disabilities. *American journal on intellectual and developmental disabilities, 121*(1), 25-32.
- Pomeroy, J. (1983). Recreation Unlimited: Responding to Persons with Severe Disabilities. In R. L. Eason, T. L. Smith & F. Caron (Eds.), *Adapted Physical Activity: From Theory to Application* (pp. 111-123). Illinois: Human Kinetics Publishers.
- Porter, S. (2002). Physical Activity: An Exploration of the Issues and Attitudes of Parents of pre Fives. *London*: Scott Porter Research and Marketing.
- Queirós, P., & Lacerda, T.O. (2013). A importância da entrevista na investigação qualitativa. In I. Mesquita & A. Graça (Eds.), *Investigação qualitativa em desporto* (Vol.2, pp. 175-206). Porto: Centro de Investigação Formação Inovação e Intervenção em Desporto. Faculdade de Desporto. Universidade do Porto.



- Redmond, B., & Richardson, V. (2003). Just Getting on with it: Exploring the Service Needs of Mothers Who Care for Young Children with Severe/Profound and Life-Threatening Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16(3), 205-218.
- Rimmer, J. H. (1999). Health promotion for people with disabilities: the emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions. *Physical therapy*, 79(5), 495-502.
- Rimmer, J. H. (2005). The conspicuous absence of people with disabilities in public fitness and recreation facilities: lack of interest or lack of access?. *American Journal of Health Promotion*, 19(5), 327-329.
- Rimmer, J. H., & Braddock, D. (2002). Health promotion for people with physical, cognitive, and sensory disabilities: an emerging national priority. *American Journal of Health Promotion*, 16(4), 220-224.
- Rimmer, J. H., & Wang, E. (2005). Original article: Obesity Prevalence Among a Group of Chicago Residents With Disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(7), 1461-1464.
- Rimmer, J. H., Ainsworth, B. E., Young, D. R., & La Monte, M. (2008). Promoting inclusive physical activity communities for people with disabilities. *President's Council on Physical Fitness and Sports Research Digest*, 9(2), 1-8.
- Rimmer, J. H., Rowland, J. L., & Yamaki, K. (2007). Obesity and secondary conditions in adolescents with disabilities: addressing the needs of an underserved population. *Journal of Adolescent Health*, 41(3), 224-229.

- Ritchie, L. D., Welk, G., Styne, D., Gerstein, D. E., & Crawford, P. B. (2005). Family environment and pediatric overweight: what is a parent to do?. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(5), 70-79.
- Rodrigues, D. (2006). *Inclusão e Educação: doze olhares sobre a Educação Inclusiva*. São Paulo: Summus Editorial.
- Royal College of Psychiatrists (2016). *Improving the lives of people with mental illness*. Consult. 1 Jul 2016 em <http://www.rcpsych.ac.uk>
- Saaltink, R., MacKinnon, G., Owen, F., & Tardif-Williams, C. (2012). Protection, participation and protection through participation: young people with intellectual disabilities and decision making in the family context. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(11), 1076-1086.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff, S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2 ed.), (pp. 135-159). New York: Cambridge University Press.
- Scholl, K. G., McAvoy, L. H., Rynders, J. E., & Smith, J. G. (2003). The influence of an inclusive outdoor recreation experience on families that have a child with a disability. *Therapeutic Recreation Journal*, 37(1), 38-57.
- Sharma, A., Madaan, V., & Petty, F. D. (2006). Exercise for mental health. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 8(2), 106.
- Sherrill, C. (2004). *Adapted Physical Activity, Recreation, and Sport* (6 ed.). Nova Iorque: McGraw-Hill Companies, Inc.

- Shields, N., Synnot, A. J., & Barr, M. (2012). Perceived barriers and facilitators to physical activity for children with disability: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 46(14), 989-997.
- Silva, P., Lott, R., Mota, J., & Welk, G. (2014). Direct and indirect effects of social support on youth physical activity behavior. *Pediatric exercise science*, 26(1), 86-94.
- Simeonsson, R. J., McMillen, J. S., & Huntington, G. S. (2002). Secondary conditions in children with disabilities: spina bifida as a case example. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 8(3), 198-205.
- Singh, N. N., Curtis, W. J., Ellis, C. R., Wechsler, H. A., Best, A. M., & Cohen, R. (1997). Empowerment status of families whose children have serious emotional disturbance and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 5(4), 223-229.
- Skinner, A., & Thomson, A. (2008). Aquatics Therapy and the Halliwick Concept. *Exceptional Parent*, 38(7), 76-77.
- Smetana, J. G. (2000). Middle-Class African American Adolescents' and Parents' Conceptions of Parental Authority and Parenting Practices: A Longitudinal Investigation. *Child development*, 71(6), 1672-1686.
- Smetana, J. G. (2010). *Adolescents, families, and social development: How teens construct their worlds*. United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Smetana, J. G., & Asquith, P. (1994). Adolescents' and parents' conceptions of parental authority and personal autonomy. *Child development*, 65(4), 1147-1162.

- Standiford, A. (2013). The secret struggle of the active girl: A qualitative synthesis of interpersonal factors that influence physical activity in adolescent girls. *Health care for women international*, 34(10), 860-877.
- Steele, C. A., Kalnins, I. V., Jutai, J. W., Stevens, S. E., Bortolussi, J. A., & Biggar, W. D. (1996). Lifestyle health behaviours of 11-to 16-year-old youth with physical disabilities. *Health Education Research*, 11(2), 173-186.
- Strauss, A. L., & Corbin, L. (1990). *Basics of Grounded Theory Methods*. Beverly Hills: SAGE.
- Sutherland, G., Couch, M. A., & Iacono, T. (2002). Health issues for adults with developmental disability. *Research in developmental disabilities*, 23(6), 422-445.
- Taub, D. E., Blinde, E. M., & Greer, K. R. (1999). Stigma management through participation in sport and physical activity: Experiences of male college students with physical disabilities. *Human relations*, 52(11), 1469-1484.
- Thompson, A. M., Humbert, M. L., & Mirwald, R. L. (2003). A longitudinal study of the impact of childhood and adolescent physical activity experiences on adult physical activity perceptions and behaviors. *Qualitative Health Research*, 13(3), 358-377.
- Thompson, D. (2001). Futures planning for people with learning disabilities living with older family carers. *Journal of Integrated Care*, 9(2), 3-7.
- Tomanovic, S. (2003). Negotiating children's participation and autonomy within families. *International Journal Of Childrens Rights*, 11(1), 51-71.

- Tomanovic-Mihajlovic, S. (2000). Young people's participation within the family: Parents' accounts. *International Journal Of Childrens Rights*, 8(2), 151-167.
- Trost, S. G., Sallis, J. F., Pate, R. R., Freedson, P. S., Taylor, W. C., & Dowda, M. (2003). Evaluating a model of parental influence on youth physical activity. *American journal of preventive medicine*, 25(4), 277-282.
- Tsai, E., & Fung, L. (2005). Perceived constraints to leisure time physical activity participation of students with hearing impairment. *Therapeutic Recreation Journal*, 39(3), 192-206.
- UNESCO (1977). *Glossary of Special Education Terms*. Paris: UNESCO.
- UNICEF (1989). *Convention on the Rights of the Child*. New York: UNICEF.
- Valent, L., Dallmeijer, A., Houdijk, H., Slootman, H. J., Janssen, T. W., & Van Der Woude, L. H. (2010). Effects of hand cycle training on wheelchair capacity during clinical rehabilitation in persons with a spinal cord injury. *Disability and rehabilitation*, 32(26), 2191-2200.
- Verellen, J., & Molik, B. (2011). Adapted Physical Activity in Rehabilitation. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 4(2), 34-45.
- Wang, W., & DePauw, K. P. (1995). Early sport socialization of elite Chinese athletes with physical and sensory disabilities. *Palaestra*, 11(2), 40-46.
- Warburton, D. E., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian medical association journal*, 174(6), 801-809.

- Welk, G. (1999). *Promoting physical activity in children: Parental influences*. Consult. 23 Mar 2015, disponível em <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED436480.pdf>
- Welk, G. J., Wood, K., & Morss, G. (2003). Parental Influences on Physical Activity in Children: An Exploration of Potential Mechanisms. *Pediatric exercise science*, 15(1), 19-33.
- Wheeler, G. D., Steadward, R. D. & Watkinson, E. J. (2003). *Adapted physical activity*. Edmonton: The University of Alberta Press.
- Whiting, M. (2013). Support requirements of parents caring for a child with disability and complex health needs: In the second of three articles about the findings of a study into the experiences of families, Mark Whiting examines their perceptions of professional and familial support. *Nursing children and young people*, 26(4), 24-27.
- William J. Gibson, & Brown, A. (2009). *Working with Qualitative Data*. London: SAGE Publications Ltd.
- Winnick, J. P. (1990). *Adapted Physical Education and Sport*. Illinois: Human Kinetics Books.
- Winnick, J. P. (2011). *Adapted Physical Education and Sport* (5 ed.). Champaign: Human Kinetics.
- Woodmansee, C., Hahne, A., Imms, C., & Shields, N. (2016). Comparing participation in physical recreation activities between children with disability and children with typical development: A secondary analysis of matched data. *Research in developmental disabilities*, 49, 268-276.

World Health Organization. (2003). *Health and development through physical activity and sport*. Geneva: World Health Organization.

Yohannes, A. M., Doherty, P., Bundy, C., & Yalfani, A. (2010). The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *Journal of clinical nursing*, 19(19-20), 2806-2813.

Zhu, W. (2001). Calibration of the barrier instrument using the Rasch rating scaling model. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 72(2), 104-160.












## Anexo I – Autorização para realização das entrevistas

### Pedido formal à instituição CIAD:

 **Lia Couto** <lia.couto93@gmail.com> 3/02 ☆  

para raquel.lacerda, Jorge ▾

Muito boa tarde Exma. Dra. Raquel Lacerda,

Em primeiro lugar quero agradecer-lhe por nos ter recebido e por toda a simpatia e colaboração demonstrada. Foi um prazer conhecê-la!

Envio assim os documentos solicitados, em anexo, para que seja possível a aprovação e a permissão para que possa entrevistar alguns dos pais dos vossos clientes.

A realização das entrevistas será um aspeto fundamental para a concretização deste estudo e quando fosse possível, iniciariamos o processo das entrevistas.

Aguardo assim um feedback por parte da Dra. Raquel relativo à autorização da realização das entrevistas e ainda para quando for possível iniciar os trabalhos.

Mais uma vez, agradeço imenso a sua disponibilidade e ajuda prestada.




Para além do meu contacto de email, deixo também o meu contacto telefónico: 918321913.

Qualquer coisa que possa ajudar/colaborar, estarei disponível para o que for necessário.

Grata pela atenção.

Com os meus melhores cumprimentos,

Lia Couto

 **Maria Raquel Ferreira Lemos Lacerda** 19/02 ☆  


para mim ▾

Bom dia,

Acabei de receber a confirmação de que pode recolher dados para a sua amostra para efeitos de investigação académica. Agora temos de acertar como e quando pretende iniciar.

Com os meus melhores cumprimentos,

**Raquel Lacerda**



Rua do Instituto de Cegos S. Manuel | 4050-308 Porto  
| [www.scmp.pt](http://www.scmp.pt)  
Tel. [+351 226 069 906](tel:+351226069906) | Fax. [+351 226 095 195](tel:+351226095195)

## Pedido formal à instituição Pony Club:



Equitação Terapêutica

para mim ▾

12/03 ☆



Boa tarde Lia,

Esta semana temos:

Terça feira à tarde a partir das 14h - disponibilidade para 4 entrevistas para menores de 18 anos e temos 3 entrevistas para maiores de 18.

Quarta feira à tarde a partir das 14h – disponibilidade para 4 entrevistas para menores de 18 anos e temos 1 entrevista para maiores de 18.

Quinta feira à tarde às 17h – disponibilidade para 1 entrevista para maiores de 18.

Segunda feira dia 21 às 16h e às 18h – disponibilidade para 2 entrevista para maiores de 18.

Podemos agendar estes horários?

Obrigada,

Diana Pinto

## Anexo II – Guião de entrevista inicial

### Guião de entrevista

#### **Dados pessoais:**

Género: M\_\_ F\_\_; Género do filho(a): M\_\_ F\_\_

Grau de parentesco: Pai\_\_ Mãe\_\_ Outro\_\_\_\_\_

Idade do filho(a):\_\_

Tipo de deficiência do

filho(a):\_\_\_\_\_

Etiologia da deficiência\_\_\_\_\_

Habilitações Literárias\_\_\_\_\_

Profissão\_\_\_\_\_

As questões que lhe serão colocadas têm como objetivo compreender a sua percepção relativamente à prática de atividade física adaptada por parte do seu filho e na prática em geral

#### **Questões:**

1. O seu filho pratica algum tipo de atividade física ou desportiva nos tempos livres? Se sim, indique qual/quais? Essa atividade tem um contexto recreativo, terapêutico, ou de competição?
2. Você pratica atividade física? Considera que isso possa influenciar a participação, ou não participação do seu filho(a) em atividade física?
3. Considera que é importante o seu filho praticar algum tipo de atividade física? Enuncie alguns dos benefícios que decorrerão dessa prática.
4. Acha que é fácil encontrar programas de atividade física adaptada para o seu filho? Recebe algum tipo de informação relativamente a estes programas?
5. Quais são as principais barreiras que consegue identificar levando a que os pais não coloquem os seus filhos com deficiência nos programas de atividade física ou desportiva?
  - Experiência pessoal;
  - Ideia geral.
6. Na sua opinião, o que acha que uma organização deve possuir para poder receber e desenvolver atividade física/desportiva para pessoas com deficiência?
  - Profissionais especializados;
  - Instalações adequadas/adaptadas;

- Transporte;
- Baixo custo;
- Bom ambiente social.

## **Anexo III – Guião de entrevista final**

### **Guião de entrevista**

Estou a realizar a presente entrevista no âmbito da minha tese de Mestrado de Atividade Física Adaptada, na Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Para além de ser aluna, sou ainda responsável por uma Centro de Desporto Adaptado, no Sport Club do Porto, projeto que criei e pretendo desenvolver.

O objetivo específico deste estudo passa por entender a opinião dos pais relativamente à prática de atividade desportiva por parte dos seus filhos e ainda o que pensam acerca das organizações desportivas existentes. Entender o que uma organização deve possuir para receber pessoas com deficiência e promover a sua atividade física.

Esta área de estudo é muito limitada, sendo que será importante, através da visão dos pais, analisar e procurar ajudar na evolução da realidade organizacional.

#### **Questões:**

1. Conte-me que atividades desportivas o seu filho(a) fez na última semana?
  - Se não, porque não pratica?
  - Em que contexto
  - Duração e frequência
  - Acha que alterou de alguma forma a vida do seu filho? Ele sente-se feliz/contente?
2. Na sua opinião porque é que pode ser importante o seu filho praticar atividades desportivas?
  - Vertente recreacional, terapêutica ou de competição
3. Acha que é fácil encontrar atividades desportivas para o seu filho?

4. Na cidade do Porto, tem conhecimento de clubes ou associações que oferecem essas atividades?
5. Para si, quais são as principais barreiras à inscrição e participação do seu filho em atividades desportivas?
  - Experiência pessoal
  - Ideia geral relativamente a outros pais
6. Na sua opinião, o que acha que uma organização, por exemplo um clube, deve ter para poder receber e desenvolver atividades desportivas especificamente para pessoas com deficiência?
  - Profissionais especializados;
  - Instalações adequadas/adaptadas;
  - Transporte/Proximidade;
  - Baixo custo;
  - Bom ambiente social.

***Dados pessoais:***

Género: M\_\_ F\_\_; Género do filho(a): M\_\_ F\_\_

Grau de parentesco: Pai\_\_ Mãe\_\_ Outro\_\_\_\_\_

Idade do filho(a):\_\_

Tipo de deficiência do

filho(a):\_\_\_\_\_

Etiologia da deficiência\_\_\_\_\_

Habilitações Literárias\_\_\_\_\_

Profissão\_\_\_\_\_

Pratica atividade física?\_\_\_\_\_



## Anexo IV – Termo de Consentimento

### Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, fui convidado a participar na Dissertação para 2º Ciclo de Atividade Física Adaptada, com o tema específico “A participação de pessoas com deficiência em atividade física adaptada: Uma perspetiva parental”, afeta à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Perante este documento, confirmo o recebimento das seguintes informações:

- O objetivo geral deste estudo é compreender a perspetiva parental na participação dos seus filhos com deficiência em atividade física e permitir o desenvolvimento e/ou a adaptação de organizações/instituições que prestem serviços relacionados com a área;

- As investigadoras envolvidas no presente estudo são a Licenciada Lia Fernandes Couto, a Professora Doutora Ana Sousa e ainda a Professora Mestre Mariana Cunha;

- A participação neste estudo foi realizada através de uma entrevista gravada em formato áudio, aspeto sobre o qual fui previamente informado(a) e o qual consenti. Fui ainda informado(a) que todos os dados relativos à identificação dos participantes do presente estudo serão confidenciais, sendo mantido o anonimato.

- Será ainda possível o acesso a todo e qualquer tipo de informação relativa a esta investigação, tendo a autora Lia Fernandes Couto assumido que o trabalho final, já terminado e com as respetivas conclusões, me será dado a conhecer.

Face aos pontos elencados anteriormente, manifesto o meu livre consentimento para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

\_\_\_\_\_  
(Participante entrevistado/a)

\_\_\_\_\_  
(Autora, Lia Fernandes Couto)